

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

N°

THÈSE 203

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MARÇY Jacques

Né à Bizerte (Tunisie) le 8 Juillet 1907

Interne des Hôpitaux de Paris

LES KYSTES DE L'OVAIRE SUPPURÉS

(Etude Clinique et Thérapeutique)

Président : M. LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Chez Victor DEGRANGE

91, rue de Seine

PARIS (6°)

1938

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

MARCY Jacques

Né à Bizerte (Tunisie) le 8 Juillet 1907

Interne des Hôpitaux de Paris

LES KYSTES DE L'OVAIRE SUPPURÉS

(Etude Clinique et Thérapeutique)

Président : M. LENORMANT

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin*

Chez Victor DEGRANGE
91, rue de Seine
PARIS (6°)

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOWSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.).	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) .	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEZ	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL-			
LERY-RADOT .			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR SOULEZ

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
Thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE DOUAY

Ancien chef des Travaux de la Clinique Gynécologique
de l'Hôpital Broca

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a guidé de ses conseils.*

*En reconnaissance de la bien-
veillance qu'il m'a témoignée au
cours de mes études médicales.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui, par son enseignement et sa constante bienveillance, a fait de l'année d'internat accomplie dans son service une des plus importantes pour ma formation chirurgicale.

Témoignage de reconnaissance et de respectueux attachement.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F.-M. CADENAT

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Dont j'ai été l'externe et l'interniste. En témoignage de reconnaissance et de respectueuse admiration pour son enseignement et son inlassable dévouement envers ses élèves et ses malades.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MAURICE RENAUD

Médecin des Hôpitaux

*En reconnaissance de la bien-
veillance qu'il m'a témoignée à
une période difficile de mon
orientation.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PAUL COCHEZ

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

*En reconnaissance de sa cons-
tante sollicitude à mon égard.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE, Directeur de
l'Ecole de Médecine d'Amiens.

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉCHELLE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT.

INTERNAT DE L'HOSPICE DE BRÉVANNES

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RENAUD.

INTERNAT DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

MONSIEUR LE DOCTEUR MESLAY.

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI RENDU.

MONSIEUR LE DOCTEUR COCHEZ.

INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

1934-35 MONSIEUR LE DOCTEUR ROUHIER.

1935-36 MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR.

— MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER.

1936-37 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURE.

1937-38 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F.-M. CADENAT.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DOSSOT

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

A MES CONFÉRENCIERS, MM. LES DOCTEURS :

J. PATEL, Chirurgien des Hôpitaux.

J. DECOURT, Médecin des Hôpitaux.

M. HAMBURGER, Médecin des Hôpitaux.

M. TAMBAREAU.

M. GUÉDÉ.

J. POSTEL (*in memoriam*).

G. RÉMY-NÉRIS.

A MES AMIS

Et, en particulier, à :

ST.-BIDOU, JEAN CAMUS, A. DOUAY, J. TRIBALET,
G. TILITCHEEFF, JEAN VINCENT.

En souvenir des années de travail en commun.



INTRODUCTION

La suppuration est une complication assez rare des kystes de l'ovaire, beaucoup moins fréquente que la torsion et la dégénérescence maligne. C'est une complication grave, difficile à reconnaître avec précision dans la plupart des cas, et posant souvent des problèmes thérapeutiques difficiles.

C'est sur ces deux points, clinique et thérapeutique, que portera surtout notre étude, basée sur les observations inédites que nous avons pu recueillir, et sur des observations déjà publiées dans des travaux dont nous donnons la référence dans la bibliographie.

Nous ne referons pas l'Histoire de la question, déjà fait par BERTRAND dans sa thèse (Etude sur la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. Thèse, Paris, 1931). Nous citons dans la bibliographie les principaux travaux parus depuis cette date sur ce sujet.

Nous rappellerons quelques notions connues sur l'Anatomie pathologique et l'Étiologie.

ETIOLOGIE

La suppuration complique les kystes dermoïdes plus souvent que les kystes mucoïdes.

Elle peut débiter à l'intérieur du kyste, les germes arrivant par voie sanguine ou lymphatique, ou à la périphérie du kyste, l'infection se faisant par propagation d'une infection de voisinage.

1°) *Infection par voie sanguine ou lymphatique.*

Elle peut s'observer au cours d'infections générales, plus particulièrement au cours de la grippe et des infections typhiques et paratyphiques. Elle s'observe aussi au cours de la scarlatine, de diverses septicémies. Il n'est pas douteux que le kyste constitue un point d'appel pour l'infection.

Nous insisterons surtout sur l'infection d'origine utérine. Il est fréquent de voir la suppuration s'installer après un avortement septique, ou au cours de suites de couches fébriles.

Des manœuvres intra-utérines, telles que dilatation, injection de lipiodol en vue d'un examen radiologique, ou même simple exploration à l'hystéromètre, peuvent déterminer la suppuration du kyste si elles sont pratiquées dans un utérus subinfecté. Notre observation XI en est un exemple. Le Docteur DOUAY a observé la suppuration d'un

hématosalpinx et d'une ovarite scléro-kystique après dilatation isthmique et exploration lipiodolée de la cavité utérine.

Les modifications survenues au niveau du kyste sont des causes favorisantes : torsion aiguë ou lente, hémorragie intra-kystique.

2°) *Infection par contiguïté.*

Les infections de voisinage telles que salpingite, appendicite peuvent être, moins fréquemment, la cause de l'infection du kyste par extension de proche en proche.

BACTÉRIOLOGIE

Le germe en cause est variable. On a trouvé le bacille d'Eberth ou le paratyphique B dans les suppurations post-typhiques. Lorsqu'il se produit une suppuration de la plaie opératoire, on y retrouve souvent le bacille à l'état pur. Cependant J.-A. CORSCADEN (13) a trouvé une fois le colibacille associé au paratyphique B dans un abcès pariétal, après ablation d'un kyste suppuré dans lequel on trouvait uniquement le paratyphique B.

Le pneumocoque serait pour BERTRAND (5) l'agent habituel des suppurations grippales.

Dans les autres cas, on trouve souvent le colibacille et le pus a souvent une odeur fécaloïde. Pour certains auteurs l'infection colibacillaire serait d'origine intestinale et se produirait à la faveur des adhérences qui unissent le kyste à l'intestin. Mais RICHE et FAYOT (42) font remarquer que ces adhérences ne précèdent pas en général la suppu-

ration, mais en sont plus souvent la conséquence. Pour eux, l'infection se ferait plutôt par voie sanguine.

Tous les germes, enfin, ont pu être rencontrés. Insistons cependant sur les suppurations à germes anaérobies qui contiennent souvent des gaz.

Souvent aussi, les examens bactériologiques restent négatifs bien que le kyste contienne du pus et présente des signes cliniques de suppuration. Il est possible qu'après un certain temps d'évolution la lésion se « refroidisse », et que le liquide kystique devienne stérile. Dans une de nos observations (Observation IX) cependant, bien que le pus kystique se soit montré stérile sur les cultures pratiquées en milieux aérobie et anaérobies, la malade est morte d'une pleurésie putride, vraisemblablement métastatique. Faut-il incriminer les méthodes utilisées par le laboratoire ? Ou doit-on considérer cette pleurésie comme une lésion surajoutée, sans rapport avec le kyste ? Nous avons peine à admettre cette dernière hypothèse et préférons nous rappeler que la mise en évidence de certains germes anaérobies présente de grandes difficultés et nécessite des précautions spéciales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1°. — INFECTION ENDOGÈNE

La suppuration se fait d'abord en vase clos. Seule la paroi interne du kyste est rouge vineux, parfois recouverte de fausses membranes. Si le kyste est multiloculaire, la suppuration peut rester localisée à une seule poche ou diffuser à une ou plusieurs autres.

De façon presque constante, et très précocement, il se produit une abondante exsudation de liquide sous tension. Le kyste augmente rapidement de volume. Si la suppuration est due à des germes anaérobies, il peut contenir des gaz.

L'aspect extérieur n'est d'abord pas modifié. Il semble que pendant longtemps la paroi du kyste constitue un obstacle à la diffusion de l'infection. Le kyste reste libre d'adhérences, ce qui présente un grand intérêt du point de vue thérapeutique, et explique la longue latence clinique de la suppuration.

Puis l'aspect extérieur se modifie. Le kyste est enflammé, rouge avec une circulation anormalement développée.

Bientôt le péritoine réagit autour du kyste qui vient adhérer aux organes voisins : anses grêles, colon, rectum, épiploon, à la paroi pelvienne. Ces adhérences ont une

importance capitale au point de vue du traitement, et nous verrons qu'elles dirigent en partie la conduite à tenir.

Ce sont d'abord des adhérences inflammatoires, sans exsudation péritonéale. Puis du pus peut se former dans ces loges de péritonite plastique, premier temps possible d'une péritonite généralisée.

Le kyste lui-même peut se rompre, soit dans la cavité péritonéale, soit plutôt dans un viscère creux à la faveur des adhérences inflammatoires.

2°. — INFECTION EXOGENE

Il se produit d'abord de la péritonite périkystique, le kyste s'entoure d'adhérences inflammatoires, mais lui-même n'est pas infecté. Cette péritonite périkystique est donc bien différente de celle qui accompagne les suppurations primitives du kyste. Ce n'est que secondairement, et souvent après une longue évolution, que cède la barrière défensive de la paroi kystique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (D^r DOUAY)

*Kyste de l'ovaire suppuré développé dans le ligament large.
Colpotomie, évacuation insuffisante. — Hystérectomie, guérison*

Mme L. L..., 41 ans. Présente depuis 48 heures des douleurs dans l'abdomen. Température : 38°4.

Utérus gros, bosselé, repoussé à droite par une tumeur kystique gauche de la grosseur du poing.

Diagnostic : fibrome et kyste de l'ovaire gauche en voie d'inflammation. A opérer de suite malgré l'état fébrile.

Entre à la Maison de Santé le 1^{er} octobre. Température : 39°5.

Le 2 octobre : Colpotomie. Sous anesthésie locale une ponction du Douglas faite avec l'aiguille de Douay permet de retirer un liquide hématique, malodorant. Ouverture de la poche avec les ciseaux courbes. Le toucher dans le cul-de-sac incisé permet de reconnaître une deuxième poche ronde. Anesthésie générale avec une bouffée de chlorure d'éthyle : ouverture du kyste avec un clamp courbe, sur le doigt : issue de pus chocolat très fétide. C'est bien un kyste de l'ovaire suppuré. Drainage.

Amélioration pendant deux jours, puis reprise de douleurs à droite. On sent une nouvelle tuméfaction de ce côté.

Le 6 octobre : 2^e colpotomie. Par le même orifice, ouverture d'une deuxième collection à droite, franchement purulente.

Le 12 octobre, lavage dans les poches. Il semble qu'il y ait encore une poche à gauche. Pas d'amélioration, la fièvre persiste, amaigrissement avec pâleur, état général grave. Cependant on ne constate aucune réaction péritonéale.

L'opération est décidée le 14 octobre au matin et faite d'urgence l'après-midi.

OPÉRATION. — Anesthésie générale : Evipan continué par éther. Incision médiane. Le péritoine libre d'adhérences permet de voir un utérus gros et rouge avec un petit fibrome, repoussé à droite. Le ligament large gauche est soulevé par une poche tendue, rénittente, rouge violacé. C'est un kyste du ligament large. La ponction et l'aspiration permettent de retirer un liquide hématique très fétide. La poche étant moins tendue, on peut libérer de la face postérieure de cette poche l'intestin grêle et le colon pelvien. A droite de l'utérus, après section d'adhérences, on voit un pyosalpinx dont on évacue le pus par ponction. On décolle ce pyosalpinx et on est conduit dans le Douglas, à l'endroit où a été pratiquée la deuxième colpotomie. On continue par la section du col et le pincement de l'artère utérine gauche. Pour enlever avec sécurité le kyste du ligament large gauche, on reprend le décollement par en haut : section du ligament rond et du péritoine. On décolle la poche par devant et on arrive peu à peu à l'orifice de la première colpotomie.

Pose de deux sacs de Mickulicz de chaque côté du rectum, et suture en un plan avec fils métalliques.

Suites favorables. Ablation des Mickulicz le 8^e jour, des fils de bronze le 14^e jour. Cicatrisation obtenue le 21^e jour.

EXAMEN DE LA PIÈCE :

1^o) L'utérus ouvert montre la présence d'un polype muqueux rouge et infecté.

2^o) Dans la paroi utérine antérieure, un noyau de fibrome de la grosseur d'une mandarine, jaune, liquéfié, purulent. Cependant, ce fibrome nécrosé n'était pas ouvert dans la cavité utérine.

3^o) La poche du kyste intra-ligamentaire contient encore du sang purulent et des caillots très fétides. La paroi en est relativement mince. La colpotomie n'avait pas permis l'évacuation complète de la poche qui était double avec cloison intermédiaire.

4^o) La trompe droite, rouge, à paroi épaisse, est vide de pus.

CONCLUSION. — Le kyste suppuré du ligament large n'était pas la seule raison de l'état infectieux. Toutefois, l'opération a montré l'insuffisance de la colpotomie et la nécessité de l'exérèse complète.

OBSERVATION II (D^r DOUAY)

Kyste abdomino-pelvien suppuré. — Ouverture du kyste et drainage par voie iliaque. — Ablation dans un deuxième temps

Mme BR..., 40 ans, présente un kyste de l'ovaire gauche diagnostiqué depuis 6 mois, du volume de deux poings, à la fois abdominal et pelvien. Au mois de janvier 1926, après un état grippal, avec congestion pulmonaire, des douleurs apparaissent dans l'abdomen du côté du kyste. Celui-ci augmente de volume. Etat fébrile, sans cependant aucune réaction péritonéale. La suppuration du kyste paraît certaine. Après tentative de refroidissement par application de glace, l'amélioration ne se produit pas.

La malade entre à la Maison de Santé, et, à l'anesthésie locale, on pratique l'incision de la ligature de l'iliaque externe, au-dessus de l'arcade crurale. Ligature de l'épigastrique, décollement du péritoine sans l'ouvrir. On atteint ensuite une zone d'adhérence qui permet d'atteindre la poche kystique. Ouverture et introduction immédiate d'un gros tube qui permet de vider la poche par siphonnage : il s'agit d'un kyste mucoïde suppuré. On laisse le tube en place pendant 6 jours. L'état s'est amélioré rapidement. Le 7^e jour, laparotomie médiane. Le péritoine est libre, on trouve facilement la paroi kystique flasque. Ouverture de la poche après bonne protection de la cavité péritonéale. Assèchement avec l'aspirateur. Décollement et ablation de la totalité de la poche. Fermeture avec simple drain. Suites favorables.

OBSERVATION III (D^r DOUAY)

*Kyste de l'ovaire suppuré avec gaz simulant une fièvre typhoïde.
Opération tardive. — Mort par ictère grave.*

Mme J..., 34 ans, examinée une première fois en 1927 pour stérilité. Revue une deuxième fois le 5 juin 1934, ayant présenté depuis quatre mois des troubles des règles avec petites pertes de sang intermenstruelles. On trouve un gros utérus en avant présentant une

bosselure, de la grosseur d'une mandarine ; à droite une masse annexielle peu tendue, sensible. L'hétérométrie est faite (8 cm.), il s'écoule un liquide hématique, purulent, sans odeur. Le diagnostic est : fibrome utérin avec hématosalpinx droit en voie d'infection, se vidant dans la cavité utérine.

L'opération est décidée et la malade entre à la Maison de Santé le 12 juin. La veille de l'opération la température monte à 39°. Le pouls à 104. L'ensemble de l'utérus et de l'annexe est plus gros, plus tendu, avec sensibilité diffuse. Le Professeur FAURE, appelé en consultation, conseille de différer l'opération.

Les jours suivants, on constate un état septicémique avec un peu de diarrhée. On trouve dans les urines du colibacille et on pense à une septicémie colibacillaire. Je conseille à nouveau l'opération pensant que la cause de l'infection est au niveau des organes génitaux. Le 20 juin, consultation médicale. Les recherches de laboratoire montrent qu'il s'agit d'une paratyphoïde B. Elle quitte la Maison de Santé chirurgicale pour passer dans un service médical le 26 juin. L'état reste grave. Je la revoie au point de vue gynécologique le 30 juin et je suis frappé par l'augmentation de volume de ce que je croyais être l'utérus. La masse atteint presque l'ombilic, elle est sensible sans être douloureuse, elle est ronde. La suite me montra qu'il s'agissait d'un gros kyste suppuré, mais je pensais à ce moment à un fibrome infecté et nécrosé. En tout cas, c'est là, à mon avis, la cause première de son état septicémique.

Une nouvelle consultation faite avec trois médecins le 2 juillet, repousse mon idée d'opérer, à cause de la gravité de l'état général.

Les jours suivants, l'état s'aggrave encore. Enfin, le 10 juillet l'opération est décidée. La tumeur dépasse l'ombilic.

Le diagnostic reste à ce moment : association d'une tumeur utérine (fibrome nécrosé) avec annexite suppurée et paratyphoïde B.

OPÉRATION LE 10 JUILLET. — Anesthésie chlorure d'éthyle, 24 grammes pendant 25 minutes (appareil de Douay).

Incision médiane. On ouvre le péritoine non adhérent et on tombe directement sur une paroi kystique grisâtre, tendue comme un tambour et sonore. L'utérus est plus bas, plaqué contre la symphise. Protection et aspiration. Aussitôt le gros trocart enfoncé le contenu du kyste se précipite dans l'appareil : liquide sanglant,

purulent, avec gaz (1 litre 1/2 à 2 litres). La paroi du kyste se décolle facilement en haut, mais elle tient dans le fond. Je préfère marsupialiser. A ce moment, du liquide vient du péritoine, à droite, puis du pus. C'est la trompe droite distendue qui vient de s'ouvrir. Pus fétide très abondant. On termine, après avoir réséqué une partie de la paroi kystique, par un large drainage : deux drains à droite, un à gauche, un Mickulicz au-dessus de la poche. La poche elle-même est bourrée de mèches.

La malade paraît avoir bien supporté l'opération ; la température baisse le soir même. Le lendemain, la malade se trouve en bon état relatif, mais les urines deviennent rares et brunâtres, albumineuses. Ictère des conjonctives.

Le 12, pansement. Petites hémorragies artérielles nécessitant deux pinces à demeure. Ictère généralisé.

Le 13, hémorragie en nappe importante, urines presque absentes, signes d'ictère grave.

Décès le 13 juillet.

CONCLUSION. — Evolution masquée d'un kyste de l'ovaire puré au cours d'une septicémie à paratyphique B.

OBSERVATION IV (D^r DOUAY)

*Kyste mucoïde pelvien diagnostiqué par ponction du Douglas.
Infection consécutive du kyste. — Hystérectomie. — Guérison*

Il s'agit d'une malade hospitalisée à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca pour une tumeur rénitente du Douglas repoussant l'utérus en avant et bombant au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur. La malade présente, après un retard de règles, des pertes de sang répétées. On pense à un kyste de l'ovaire inclus plutôt qu'à une grossesse ectopique. L'opération est décidée, mais au préalable, pour préciser le diagnostic, on fait une ponction du Douglas devant les élèves, et on retire environ 20 cc. d'un liquide jaune, filant, caractéristique d'un kyste mucoïde. L'opération est reportée à quelques jours : or, deux jours après la ponction, la température monte à 38°, le kyste devient sensible et augmente de volume. On pense

à une hémorragie intrakystique. L'opération est faite le lendemain. Pas d'hémorragie intrakystique, mais liquide trouble, différent du liquide clair retiré par ponction. Il s'agit d'un kyste suppuré par l'infection consécutive à la ponction pratiquée. Opération difficile, rendant l'hystérectomie nécessaire. Drainage. Guérison.

Le liquide du kyste présente des germes du type staphylocoque et colibacille.

OBSERVATION V (D^r CADENAT)

Kyste dermoïde infecté méconnu ouvert dans le vagin par colpotomie.

Mauvais drainage. — Suppuration interminable. — Intervention conservatrice. — Guérison

Mme B... Marcelle, 27 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 27 mai 1934 pour des douleurs pelviennes.

Le 13 mai, trois jours avant ses règles, cette malade est prise de douleurs pelviennes qui n'ont pas cessé depuis. Les règles ont débuté à la date normale. Elles ont duré 5 jours. Habituellement elles durent 4 jours et sont indolores.

A son entrée, la malade présente un bon état général. La température est à 37°5. Elle aurait été plus élevée les jours précédents. Tout l'abdomen est douloureux, un peu tendu, avec un maximum dans la fosse iliaque droite. Dans cette région on a une sensation d'empatement profond.

Au toucher vaginal, on sent le col petit, dans l'axe du vagin, refoulé en avant vers la symphyse pubienne. Le corps utérin semble petit, en antéversion, légèrement dévié à droite de la ligne médiane. Le cul-de-sac droit est souple et non douloureux. Mais le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac gauche sont occupés par une masse fixée et très douloureuse.

Le diagnostic est : masse annexielle gauche, probablement suppurée, à surveiller pour colpotomie éventuelle.

La malade est mise en observation, au lit, avec de la glace sur le ventre.

Le 30 mai, les douleurs ont presque complètement disparu. Seule la fosse iliaque droite est encore un peu sensible.

Le reste de l'abdomen est souple et non douloureux. La masse pelvienne garde les mêmes caractères. On décide de faire de la vaccination (propidon) et de pratiquer une colpotomie.

Le lendemain 31 mai, colpotomie qui donne issue à une grande quantité de pus.

Contrairement à ce que l'on attendait, la température s'élève progressivement jusqu'à 39° et oscille ensuite entre 38° le matin et 39° le soir, malgré le propidon, les injections intra-veineuses de septicémine, tandis que par le drain de colpotomie le pus continue de couler.

On pense alors qu'il s'agit d'une annexite tuberculeuse et le 2 juin on commence un traitement par les sels d'or (Crisalbine). Auparavant, un examen pulmonaire avait été pratiqué et n'avait pas révélé de lésions. Les crachats ne contiennent pas de bacille de Koch.

La température reste irrégulière, entre 38° et 39°. Le drain de colpotomie est laissé en place jusqu'au 19 juin. Redoutant que, à la longue, il n'ulcère le rectum, on se décide à l'enlever bien que la température reste élevée. Son ablation n'est suivie d'aucun incident. Au contraire, la température s'abaisse pour se maintenir entre 38° le soir et 37° le matin.

C'est dans cet état, très amaigrie, que la malade sort du service le 9 août et part en convalescence.

Le 10 octobre, elle revient à la consultation de gynécologie du service où elle est examinée par le docteur TORTAT.

Son état général est satisfaisant. Elle a repris du poids et demande à reprendre son travail.

Au toucher vaginal, on sent une masse de consistance pâteuse.

Après mise en place du spéculum, on constate que le vagin contient une grande quantité de pus fétide. Ce pus vient de l'orifice de colpotomie d'où on a la surprise de voir sortir une masse de poils. Le diagnostic de kyste dermoïde suppuré devient évident. La malade est admise dans le service.

LE 19 OCTOBRE, OPÉRATION. — Anesthésie générale au Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un kyste de l'ovaire gauche collé au bord gauche de l'utérus. Section première au ras de l'utérus. On décolle le kyste qui a le volume d'une grosse orange et on l'enlève. Mais comme il est ouvert dans le vagin, il s'écoule du pus horriblement fétide.

La trompe droite est collée au pelvis, rouge, très vascularisée. Mais, étant donné l'âge de la malade, on laisse les annexes droites et l'utérus.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La poche est pleine de cheveux. La paroi interne est noirâtre et horriblement fétide.

SUITES OPÉRATOIRES : simples. Ablation des mèches le 4^e jour, du sac le 6^e jour. Dès lors, la température tombe à 37°. La malade sort le 23 novembre, guérie.

CONCLUSION. — La colpotomie n'a pas assuré un drainage suffisant, les poils obstruant partiellement l'orifice. L'ouverture dans le vagin a provoqué une surinfection de la poche (pus fétide). Malgré la septicité de la lésion, la conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé a été possible avec un très bon résultat opératoire. Nous n'avons pas de renseignements sur le résultat fonctionnel ultérieur.

OBSERVATION VI (D^r CADENAT)

Kyste de l'ovaire suppuré avec état infectieux grave et péritonite.

Intervention d'urgence. — Ablation en un temps. — Guérison.

P... Louise, 47 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 15 janvier 1934 pour des douleurs abdominales et des signes infectieux graves.

Depuis 15 jours environ, elle se plaint de douleurs abdominales à type de coliques, peu intenses. Elle a eu quelques vomissements alimentaires ou bilieux. Les selles sont normales et régulières. Au cours d'un examen pratiqué un an auparavant, un médecin aurait trouvé une tumeur pelvienne et aurait parlé de fibrome.

A son entrée à l'hôpital, elle présente un syndrome infectieux inquiétant. Température 38°2, pouls 116. Mais la langue est sèche, fendillée, les urines sont rares et foncées.

L'abdomen est météorisé, tendu, résistant, et le palper est difficile. Cependant, il ne provoque pas de douleur.

A la percussion, on trouve une zone de matité dans la région hypogastrique, s'étendant dans les fosses iliaques et dans les flancs. Cette zone mate est surmontée d'une bande de sonorité tympanique qui occupe l'épigastre et les hypochondres, emprêtant même sur la matité hépatique. La percussion réveille une douleur profonde dans le flanc gauche.

Par le toucher vaginal, on sent le col petit, mou, qui regarde en bas et en arrière. On a l'impression d'un corps utérin situé en avant. Mais ce qui frappe, c'est une énorme masse s'étendant dans l'abdomen, peut-être en rapport avec l'utérus, mais vraisemblablement indépendante et s'étendant surtout à gauche.

INTERVENTION D'URGENCE. — Anesthésie Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen on aperçoit une volumineuse tumeur kystique, très vascularisée et recouverte d'une espèce de cornemuse qui est vraisemblablement l'intestin adhérent. On le libère et, vers le bas, on constate qu'il y a du pus libre dans l'abdomen. Continuant ces tentatives, pourtant discrètes et qui semblaient efficaces, on rompt la poche qui laisse écouler un pus d'odeur nettement fécaloïde. On extériorise aussi vite que possible et on enlève cette poche qui est un kyste de l'ovaire gauche infecté.

On termine par un Mickulicz avec drainage par un gros tube.

Paroi en un plan aux bronzes.

SUITES OPÉRATOIRES : troublées. Deux jours après l'intervention, l'abdomen se ballonne, la malade rend mal ses gaz. Mais tout cède à quelques injections intraveineuses de sérum salé hypertonique. Cependant, la température se maintient pendant quelques jours autour de 39° sans que la malade présente de signes de localisation, pulmonaire ou autre. Puis amélioration nette de l'état général. Ablation du sac et du drain le 9^e jour. Lever le 17^e jour.

La malade quitte l'hôpital le 29 février.

On la revoit le 23 mars en meilleur état général, mais encore fatiguée.

Le 1^{er} mai, elle rentre à l'hôpital avec des signes de subocclusion qui cèdent à un lavement salé hypertonique. Elle sort le 9 mai en bon état.

On la revoit le 23 juin. L'état général est bon. Il existe une petite éventration à la partie inférieure de la cicatrice.

CONCLUSION. — Forme aiguë de suppuration kystique, avec péritonite sans perforation du kyste. Bon résultat de l'ablation en un temps, malgré les adhérences intestinales et le mauvais état général. Une simple marsupialisation n'aurait pas permis de drainer la péritonite pelvienne que masquaient les adhérences intestinales.

OBSERVATION VII (D^r CADENAT)

Kyste de l'ovaire suppuré. — Intervention en deux temps.

Guérison

M^{me} L. N..., 29 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 28 mai 1937 pour des douleurs abdominales et de la fièvre. Ces symptômes ont débuté assez brusquement, 15 jours plus tôt, par une violente douleur dans la moitié droite de l'abdomen et une élévation de la température à 40°. Depuis, les douleurs persistent quoique moins intenses et la température se maintient autour de 39°. Elle a constaté une notable augmentation de volume de son abdomen.

On est en présence d'une femme fatiguée. La température est à 38°6 et montera à 39°8 le soir. La partie inférieure de l'abdomen est soulevée jusqu'à l'ombilic par une tumeur arrondie, régulière. On détermine facilement au palper les contours de cette tumeur qui occupe la partie médiane et les flancs, plonge dans le petit bassin et remonte jusqu'à l'ombilic. Elle est mate à la percussion.

Le toucher vaginal permet de sentir le col plaqué en avant contre la symphyse, de consistance normale. On atteint en arrière de lui le pôle inférieur de la tumeur qui déprime le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac antérieur on atteint, à bout de doigt, une masse

qui paraît distincte (probablement l'utérus). Par le toucher rectal, on atteint encore le pôle inférieur de la tumeur qui s'étend loin en arrière et déprime légèrement le rectum.

DIAGNOSTIC : Kyste de l'ovaire enclavé, tordu ou infecté.

LE 29 MAI, OPÉRATION, sous anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe immédiatement sur un kyste qui adhère au péritoine pariétal antérieur. On libère prudemment vers le haut. Puis, après protection par des champs, on ponctionne et évacue plus d'un litre de pus verdâtre, bien lié, inodore. On agrandit ensuite l'orifice de ponction afin d'explorer la cavité qui est large, irrégulière, avec des diverticules.

On termine par marsupialisation et on laisse un drain et une mèche dans la cavité kystique. Le reste de l'incision pariétale est suturé au catgut en un plan. Agrafes sur la peau.

Dans les jours qui suivent, on enlève la mèche et on fait des irrigations au Dakin dans la poche à l'aide d'un drain de Carrel.

La température s'abaisse au-dessous de 38°. La poche suppure abondamment.

Le 11 juin, on ouvre un abcès pariétal.

Le 14 juin, on cesse les irrigations de Dakin.

Puis la température a tendance à remonter, devient plus irrégulière avec des clochers à 38°5-39°.

Le 24 juin, on se décide à réintervenir pour enlever la poche. Anesthésie rachidienne.

On circonscrit l'orifice de drainage et on parvient à libérer la poche de la paroi antérieure. Elle tient au colon pelvien et à deux anses grêles. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche. On libère l'intestin avec beaucoup de peine. On enlève les annexes gauches et on laisse les annexes droites qui sont saines.

La paroi rectale est très profondément infiltrée et donne l'impression d'une véritable « Aüssière » (probablement par réaction de voisinage).

Terminaison par un petit Mickulicz avec deux mèches.

Paroi aux bronzes.

LES SUITES OPÉRATOIRES sont simples. La température tombe progressivement. Les mèches sont enlevées le 5^e et le 6^e jour. le

sac le 8^e jour. La malade sort le 3 août, cicatrisée, avec une bonne paroi.

Elle est revue le 3 novembre à l'occasion d'un abcès de la marge de l'anus. La paroi abdominale est solide. Au toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac gauche une petite masse, sensible à la pression, sans doute cicatricielle.

CONCLUSION. — Kyste de l'ovaire suppuré. Adhérences multiples et étendues. Intervention en deux temps. Malgré drainage et désinfection de la poche pendant un mois environ, persistance d'adhérences importantes et d'infiltration rectale.

OBSERVATION VIII (D^r MOURE)

*Double kyste dermoïde suppuré des ovaires. — Hystérectomie.
Guérison*

P... Blanche, 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 27 décembre 1933 pour des signes de suppuration pelvienne. Elle a été prise le 20 décembre de violentes douleurs pelviennes qui se sont atténuées depuis, mais s'accroissent passagèrement sous forme de coliques. En même temps la température s'est élevée au-dessus de 38°.

La malade est mise en observation pendant quelques jours et, sous l'influence du repos et de la glace, la température retombe à la normale. Mais la douleur persiste. Une masse douloureuse bombe dans le Douglas. Bien qu'il n'y ait pas de retard de règles, on n'ose écarter l'idée d'une grossesse extra-utérine. On pratique une ponction du Douglas qui ramène du pus dans lequel l'examen bactériologique montre la présence de streptocoque.

OPÉRATION LE 16 JANVIER. — Anesthésie générale : Rectanol + éther.

Laparotomie médiane. Dès l'ouverture de l'abdomen, on voit deux grosses masses annexielles relativement libres et qui peuvent être extériorisées.

Section du ligament rond du côté droit et de la partie haute du ligament large au ras de l'utérus. Hystérectomie de droite à gauche. Après section du col et de l'utérine gauche, on décolle la masse gauche que l'on enlève avec l'utérus.

On revient alors à la masse droite qui est fixée par sa face profonde. On pince et sectionne le ligament utéro-ovarien et on utilise un plan de clivage qui conduit vers le fond du petit bassin. On tombe sur une zone d'adhérences qui résulte certainement de la ponction du Douglas. Pour éviter de rompre cette poche encore septique, on préfère la ponctionner après l'avoir bien isolée. Mais on constate qu'elle contient une masse compacte et qu'il s'agit certainement d'un kyste dermoïde. On sectionne l'adhérence du Douglas et on enlève la poche.

Hémostase des quatre pédicules. Comme le pus ramené par la ponction du Douglas contenait du streptocoque, on préfère drainer largement par le vagin en évitant soigneusement le rectum. On place un drain et une mèche. Le drain est fixé à la lèvre gauche du col.

La mèche est tassée mollement dans la base des ligaments larges.

Ablation de l'appendice qui est gros, épais et certainement malade.

On ramène le colon pelvien et le cœcum au-devant de la surface pelvienne cruentée.

On place un petit drain abdominal au-dessus du colon pelvien.

Fermeture de la paroi en trois plans (catgut chromé sur l'aponévrose).

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Le kyste droit contient une masse de cheveux. La masse gauche est également un kyste dermoïde suppuré et contient une grande quantité de matière sébacée et quelques cheveux.

SUITES OPÉRATOIRES : simples. Ablation du drain le 2^e jour, de la mèche le 7^e jour. La malade sort guérie le 1^{er} février.

CONCLUSION. — Suppuration à streptocoque de deux kystes dermoïdes. Intervention en un temps après refroidissement. Large drainage vaginal. Très bon résultat.

OBSERVATION IX (D^r MOURE)

Kyste de l'ovaire suppuré. — Marsupialisation. — Absès secondaire du Douglas. — Mort par pleurésie putride

Mme B... Alexandre, 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 9 avril 1932; envoyée par son médecin, pour kyste de l'ovaire suppuré. Cette malade a ressenti deux jours plus tôt, dans la partie basse de la fosse iliaque gauche, une douleur en coup de poignard qui persiste, très vive. Elle a vomi à plusieurs reprises. Température : 37°5.

Aucun antécédent génital. Ménopause normale à 49 ans. Depuis cette époque, l'abdomen aurait augmenté progressivement de volume.

Le toucher vaginal, très douloureux, permet de sentir le col utérin normal mais dévié à gauche et en avant. Le cul-de-sac gauche est comblé par une masse volumineuse, mal limitée, fixée, extrêmement douloureuse.

LA MALADE EST OPÉRÉE D'URGENCE. — Anesthésie générale éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La vessie largement étalée masque l'utérus et les annexes (on n'a pu la sonder qu'avec une sonde molle, la tumeur empêchant le passage d'une sonde en verre). Après l'avoir réclinée, on tombe sur une masse fluctuante du volume d'une noix de coco, dont on ne peut préciser les connexions anatomiques. La ponction ramène un liquide filant et louche. On achève l'évacuation avec un gros trocart. On tente alors de décoller la poche.

On la clive en avant de la vessie. En arrière, et à gauche, on libère quelques adhérences intestinales. On voit alors le ligament rond gauche, que l'on sectionne ainsi que le pédicule utéro-ovarien de ce côté. On comprend mieux alors la disposition de cette masse qui est absolument soudée à l'utérus, sans aucune démarcation. Mais on ne voit pas les annexes droites.

L'ablation du kyste paraît tellement malaisée qu'on y renonce. Hémostase laborieuse d'un point de la paroi kystique. Il persiste un léger saignement au contact duquel on laissera une petite mèche:

Marsupialisation de la poche. Un drain dans le kyste. Un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en un plan au-dessus des drains et de la mèche.

SUITES OPÉRATOIRES. — Le lendemain de l'opération, élévation de la température qui atteint $38^{\circ}5$ et oscille entre 38° et 39° pendant 8 jours, puis s'abaisse à $37^{\circ}3-38^{\circ}2$. Cependant, localement, tout va bien. La mèche est enlevée le 6^e jour sans incident, le drain du Douglas le 17^e jour (27 avril).

Puis la température remonte de nouveau autour de 39° , et le 11 mai on trouve un abcès du Douglas que l'on évacue par colpotomie. La température tombe en lysis et le 14 mai elle est à 37° . Mais le lendemain elle remonte à $38^{\circ}8$ et se maintient ensuite autour de 38° . La malade se cachectise rapidement et meurt le 7 juin.

A L'AUTOPSIE, on trouve une pleurésie putride du côté gauche.

L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE du pus kystique prélevé pendant l'opération n'a pas montré de germes, ni à l'examen direct, ni sur les cultures pratiquées en milieux aérobies et anaérobies.

CONCLUSION. — Bien que les examens bactériologiques n'aient pas mis en évidence la présence de germes, la constatation d'une pleurésie putride à l'autopsie permet de penser qu'il s'agissait d'une infection à germe anaérobies qui s'est compliquée d'accidents pyohémiques.

OBSERVATION X (D^r MONSAINGEON)

Volumineux kyste de l'ovaire suppuré chez une femme de 76 ans.

Marsupialisation. — Guérison

Mme M. B..., 76 ans, cardiaque (maladie mitrale bien compensée et permettant une certaine activité) est soignée depuis huit à dix ans par un confrère urologiste pour troubles vésicaux : cystite ayant nécessité à maintes reprises lavages et instillations. L'examen pelvien avait déjà révélé l'existence d'un petit kyste ovarien mobile du volume du poing, ne déterminant aucun trouble. Depuis plus d'un an, la malade n'avait pas revu son médecin.

Fin juillet 1937, elle constate que l'abdomen devient rapidement de plus en plus volumineux. Elle attend cependant jusqu'en septembre avant de s'inquiéter et ne se décide à consulter que parce qu'elle ne peut plus dormir étendue, se meut plus difficilement et enfin, vers le 10 septembre, cesse de pouvoir rester dans son lit : elle est en état de dyspnée orthostatique.

Comme les troubles vésicaux reparaissent, elle fait appeler le docteur GRANDJEAN qui, après examen, provoque une consultation chirurgicale le 15 septembre.

A ce moment, je vois la malade. Assise dans son lit, elle est anhéante avec un peu de subdélire, anormal chez une malade qui avait jusqu'alors conservé une parfaite lucidité. La température oscille entre 38° et 39°5. L'abdomen est volumineux, lisse, sans circulation collatérale, sans œdème. La matité, à convexité supérieure, remonte à mi-chemin entre l'ombilic et le sternum. La masse n'est pas mobile. Le toucher vaginal montre un petit col atrophié, haut situé. Les culs-de-sac sont libres. La malade demande instamment une intervention.

LE 17 SEPTEMBRE, OPÉRATION, à l'anesthésie locale. Incision médiane de 14 cm. Un peu de liquide clair à l'ouverture du péritoine. On ponctionne le kyste et on aspire un pus fluide, verdâtre (qui n'a pas été examiné au laboratoire). Après évacuation de 3 litres de pus, on essaie d'attirer la poche au dehors. On se rend compte alors qu'elle tient fortement dans la profondeur et l'on attire l'intestin adhérent à sa paroi. Dans ces conditions, après avoir extériorisé tout ce qui vient librement de la paroi kystique, on pratique une marsupialisation.

La poche est garnie de mèches.

La malade est immédiatement soulagée, dort parfaitement dès la première nuit. La température cède en 48 heures. La poche secrète abondamment. Dix jours après l'opération, la malade quitte la Maison de Santé. Vingt jours après, malgré un suintement séreux abondant, elle se lève et reprend peu à peu son activité coutumière.

Le 1^{er} décembre, la poche kystique n'est pas encore oblitérée et suinte toujours un peu, mais la malade est en excellent état général.

CONCLUSION. — Kyste de l'ovaire suppuré chez une femme âgée. Augmentation considérable du volume du kyste aggravant l'état

cardiaque par gêne mécanique. La marsupialisation sous anesthésie locale permet d'obtenir la guérison malgré l'âge de la malade et son état cardiaque.

OBSERVATION (D^r DOUAY)

Ovarite polykystique suppurée. — Colpotomie antérieure, sans amélioration durable. — Hystérectomie. — Guérison

Mme M..., 36 ans. Soignée depuis des années pour métrite et ovaires douloureux. Opérée en décembre 1930 : appendicectomie et ablation de l'annexe droite (ovarite sclérokystique).

Depuis le début de 1937, les règles sont abondantes, douloureuses, fétides, avec reprise des pertes, sang noirâtre, quelques jours après les règles.

EXAMEN LE 20 MAI. — Pertes continues de sang noir. Masse annexielle gauche. Utérus assez gros avec rétrécissement isthmique. Une exploration endo-utérine paraît nécessaire. L'examen lipiodolé **est fait le 13 mai**. Il y a en effet un rétrécissement isthmique serré. La cavité utérine ne contient rien d'anormal, le lipiodol fuse à gauche dans une cavité tubaire distendue. On pense à un hémato-salpinx qui se draine mal par suite du rétrécissement isthmique.

Une dilatation isthmique par passage de bougies de Douay jusqu'au n° 15. Suites fébriles. Pyosalpinx gauche traité par glace et propidon du 25 mai au 17 juin.

Entre à la Maison de Santé le 18 juin : colpotomie antérieure à l'anesthésie locale. Après repérage de la poche de pus latéro-utérine gauche, à 6 cm. de profondeur, la vessie est décollée et la poche est ouverte avec un champ courbe dirigé sur l'index. 100 à 150 cc. d'un pus fétide noirâtre. Drainage.

Après amélioration de 36 heures, la fièvre remonte. Lavages de la poche, sans grand effet. Amaigrissement et petits frissons. L'état reste grave.

OPÉRATION LE 29 JUIN. — Résection de la cicatrice médiane. Péritoine libre. Résection épiploïque. Décollement des anses

intestinales recouvrant l'annexe qui est rétro-utérine, formée par un gros ovaire polykystique de la grosseur d'une orange encadré d'un pyosalpinx, et par devant, un abcès latéro-utérin gauche. Hystérectomie subtotale. Sac de Mickulicz avec quatre ampoules de sérum anti-gangréneux.

SUITES tout à fait favorables, avec suppuration considérable du Mickulicz, laissé en place jusqu'au 10^e jour. Cicatrisation rapide à partir de ce moment, fermeture au 24^e jour.

PIÈCE. — C'est une suppuration fétide avec gaz, d'un ovaire polykystique : la plus grosse poche est de la dimension d'une grosse mandarine. La trompe, à paroi épaisse, ne contient qu'une cuillerée de pus hématique. L'abcès colpotomisé par voie antérieure est localisé dans la base du ligament large du côté gauche, sur le côté gauche du col. Il était vide de pus au moment de l'opération.

CONCLUSION. — Hématosalpinx suppuré aggravé par une exploration au lipiodol suivie de dilatation isthmique, avec ovarite scléro-kystique suppurée, cette dernière lésion paraissant être la plus septique (pus fétide avec gaz).

OBSERVATION XII (D^r MOURE)

Volumineux kyste de l'ovaire suppuré et adhérent.
Marsupialisation. — Ablation secondaire. — Guérison

Mme P... Louise, entre à l'hôpital Saint-Louis le 11 mai 1937 pour un volumineux kyste de l'ovaire. Elle est d'abord mise en observation, puis opérée le 14 mai 1937.

PREMIÈRE INTERVENTION, MARSUPIALISATION. — Anesthésie générale à l'Evipan sodique.

Laparotomie médiane sous-ombilicale courte. La paroi du kyste est adhérente au péritoine pariétal. Il s'agit d'un énorme kyste de l'ovaire. La ponction exploratrice ramène un liquide trouble. Le contenu du kyste est évacué par aspiration (10 litres). On hésite à pratiquer l'extirpation de ce kyste, certainement adhérent, et probablement infecté. On se décide à le marsupialiser.

SUITES. — Le soir de l'opération, la température, qui était normale auparavant, monte à 38°5 et se maintient entre 38° et 39° pendant une semaine, puis retombe à la normale.

Brusquement, le 3 juin, la température remonte à 38°3. Craignant qu'il se soit produit de la rétention dans la poche, on explore le trajet de la fistule sous anesthésie à l'évipan. L'intérieur de la poche paraît tomenteux. On curette la cavité dont on touche ensuite la paroi interne avec un tampon imbibé d'une solution de chlorure de zinc. Lavage au Dakin.

DEUXIÈME INTERVENTION : ABLATION DU KYSTE. — Le 25 juillet 1937, la malade étant en très bon état général, on se décide à enlever la poche.

Anesthésie générale à l'évipan.

Incision circonscrivant l'orifice de la fistule. Décollement au doigt de la face antérieure du kyste. Ce décollement est poursuivi très facilement jusqu'à l'utérus.

Du côté droit, une anse grêle est adhérente au péritoine pariétal et à la paroi du kyste sur 30 cm. On la décolle facilement. Il en résulte une surface tomenteuse sur le péritoine pariétal, à droite de la ligne médiane. L'anse grêle, qui présente seulement quelques filaments, est bien nettoyée, et rentrée dans le ventre. On sectionne entre deux pinces, et on lie le pédicule du kyste qui est le ligament utéro-ovarien gauche. On place sur l'utérus, le colon pelvien étalé. Fermeture de la paroi au catgut chromé, à points séparés, après avoir placé un gros drain au contact de la zone tomenteuse de la paroi.

PIÈCE. — Paroi externe lisse, très épaisse, polykystique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Kyste mucoïde. A noter la présence de calcifications et d'ossifications.

SUITES OPÉRATOIRES : très simples. Cicatrisation rapide. La malade sort guérie le 25 août.

OBSERVATION XIII (D^r LÉGER)

(Observation du service de M. le Professeur LENORMANT)

*Kyste dermoïde suppuré coexistant avec une grossesse ectopique
rompue de l'autre côté*

Mme PRA... Odette, 24 ans, entre d'urgence à l'hôpital Cochin le 24 février 1936, dans le service de M. le Professeur LENORMANT, avec des signes nets de grossesse ectopique rompue. Les règles de décembre, apparues à la date normale, n'ont duré qu'une journée au lieu de 4 ou 5 comme d'habitude. Depuis, la malade a, tous les deux jours environ, des pertes brunâtres, « couleur rouille ». Elle a présenté à trois reprises, pendant les 15 derniers jours, des crises abdominales douloureuses du côté gauche, accompagnées de syncope. L'examen clinique ne permet aucun doute : l'abdomen est un peu ballonné et douloureux. Le toucher vaginal provoque une douleur vive au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Notre collègue Lucien LÉGER intervient d'urgence, après examen du chirurgien de garde.

INTERVENTION. — Incision médiane sous-ombilicale. Par transparence, le péritoine apparaît bleuté, et dès l'ouverture il s'écoule un flot de sang. D'emblée, on se porte vers le petit bassin. Il existe dans la moitié droite du cul-de-sac de Douglas une masse de consistance ferme dans son ensemble, mais irrégulière et très dure par endroits, nettement séparée de l'utérus. Son volume dépasse le poing.

On la libère assez facilement, sauf dans le segment accolé à la paroi latérale du pelvis. Les manœuvres de libération sont entrecoupées brusquement par l'issue d'un liquide jaunâtre d'aspect purulent, mais nettement grumeleux, cailleboté.

On pense alors avoir affaire à une hématocele enkystée en voie de suppuration, quand on découvre sur une compresse ayant épongé le liquide épanché, une touffe de fins cheveux. Le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire suppuré est alors porté et on pratique une castration droite, sans difficulté. La trompe est d'aspect normal, sauf dans une zone dépolie à la face postérieure de l'isthme,

zone d'adhérence du kyste dont le décollement a entraîné la rupture.

L'abondante hémorragie intra-péritonéale est assez mal expliquée par la découverte d'un kyste de l'ovaire. D'autre part, l'attention est attirée par le volume de l'utérus qui est un peu plus gros que normalement. L'histoire clinique plaide, enfin, pour une grossesse ectopique rompue. On explore donc systématiquement les annexes gauches, et la main ramène un fœtus de trois mois environ, libre dans la cavité péritonéale et retenu par son cordon à un placenta inséré dans le pavillon de la trompe qui est largement déchiré. De ce côté, l'ovaire est sain. Castration gauche.

On éponge la cavité péritonéale qui est pleine de sang. Un drain dans le Douglas, deux mèches en avant de la zone déperitonisée. Fermeture en un plan aux bronzes. Transfusion. Sérum hypertonique.

L'ouverture du kyste, qui est du volume d'une tête de fœtus, montre la coexistence d'une grande cavité remplie par une touffe de poils, et de plusieurs petites cavités kystiques mucoïdes, du volume moyen d'une bille, renfermant un liquide blanc jaunâtre.

SUITES OPÉRATOIRES. — Décès deux jours après l'opération, au milieu d'un syndrome de péritonite aiguë.

ÉTUDE CLINIQUE

FORGUE et MASSABUAU distinguent :

— *une forme aiguë à type péritonéal*, qui évolue cependant plus lentement qu'une péritonite aiguë.

— *une forme chronique, à type cachectique*.

Nous conservons ce cadre clinique.

I. — FORME AIGUE A TYPE PÉRITONÉAL

Elle débute assez brusquement par des douleurs abdominales basses dont le maximum siège souvent dans une fosse iliaque. La température s'élève à 38°5 ou 39°. Des vomissements surviennent, souvent répétés. Il existe de la constipation, parfois de la dysurie.

Les signes physiques sont différents selon que l'on a affaire à un kyste abdominal ou à un kyste pelvien.

1°) *Variété abdominale*

A l'inspection, l'abdomen est gros et douloureux dans son ensemble, un peu ballonné. Une palpation douce arrive à déprimer les muscles qui se contractent dès que l'on appuie un peu fortement. Elle n'y parvient pas en général dans la région où se trouve le kyste. Dans cette

région, on trouve souvent de la contracture vraie. La pression est particulièrement douloureuse et il existe de l'hyperesthésie cutanée.

Il est parfois difficile de reconnaître par la palpation un kyste abdominal sous cette paroi qui se laisse mal déprimer. Il faut avoir recours à la *percussion*, après avoir évacué la vessie pour éviter toute cause d'erreur. Si le kyste est assez volumineux pour entrer en contact avec la paroi abdominale, ce qui est habituel, la percussion révèle une matité entourée d'un cadre sonore.

Le toucher vaginal peut donner un renseignement précieux : le doigt atteint le pôle inférieur du kyste, très douloureux et fixé. Si le kyste ne peut être atteint par le toucher, l'attention peut être attirée par la position anormalement haute du col que l'on n'atteint qu'à bout de doigt.

L'impression est celle d'une péritonite bâtarde, plus subaiguë que franchement aiguë, dont il reste à déterminer la cause. Cette cause n'est pas toujours évidente. Nous reviendrons sur cette difficulté au chapitre du Diagnostic.

2°) *Variété pelvienne*

Les signes abdominaux sont réduits : On ne trouve qu'un peu de douleur et de défense au palper de la région hypogastrique. Tous les renseignements sont donnés par le toucher vaginal qui montre une grosse masse pelvienne, déplaçant plus ou moins l'utérus. Ce qui frappe, c'est l'importance de la masse découverte dès le premier examen. On est ainsi amené à penser qu'il s'agit d'une tumeur préexistante, secondairement compliquée. Si l'on connaissait l'existence du kyste, le diagnostic serait facile. Deux signes font penser à une complication : il est fixé, il

est douloureux. Les signes généraux orientent vers la suppuration. Si le kyste est méconnu, seules des nuances permettent de le différencier d'autres affections : il est tendu et régulièrement arrondi. Nous reviendrons sur ce point au chapitre du diagnostic.

II. — FORME CHRONIQUE A TYPE CACHECTIQUE

C'est de beaucoup, croyons-nous, la forme la plus fréquente.

— parfois elle succède à une forme aiguë qui tourne court. Les accidents du début cèdent complètement pour reprendre ensuite plus atténués, ou diminuent progressivement d'intensité.

— plus souvent, c'est d'emblée que les accidents prennent une allure torpide.

L'attention de la malade est attirée par une altération progressive de son état général, l'apparition de douleurs abdominales ou pelviennes.

La douleur est en général peu intense et ne domine pas le tableau clinique. C'est une douleur sourde, parfois exagérée passagèrement sous forme de coliques. Elle est en général plus marquée dans une région de l'abdomen, ce qui peut orienter le diagnostic vers une autre affection.

La température est généralement peu élevée, souvent au-dessous de 38, parfois normale, mais avec des poussées à 38°5 ou 39°.

Il est fréquent de noter des troubles des règles : règles prolongées ou pertes de sang peu abondantes entre les règles.

Les signes physiques varient selon qu'on a affaire à un gros kyste à évolution abdominale ou à un kyste pelvien.

En cas de kyste abdominal, la tumeur est accessible au palper. Il est classique de dire qu'un kyste suppuré est extrêmement douloureux et provoque une réaction péritonéale de voisinage. Parfois, en effet, il existe du météorisme abdominal avec défense pariétale au niveau du kyste. Celui-ci est très douloureux. Mais très fréquemment, dans cette forme torpide, la pression au niveau du kyste n'est que très peu, ou pas du tout, douloureuse. Le météorisme abdominal reste discret, manifeste surtout à la percussion qui montre un cadre colique sonore entourant une zone de matité à convexité supérieure.

La paroi kystique elle-même ne paraît pas sensible et la douleur n'apparaît que lorsque la poche s'entoure de péritonite péri-kystique, phénomène souvent tardif, comme nous l'avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique.

En cas de kyste pelvien ou abdomino-pelvien, c'est le toucher vaginal qui permet le diagnostic. Il doit être systématiquement pratiqué toutes les fois que des signes généraux inexpliqués peuvent faire supposer l'existence d'une suppuration profonde. BERTRAND insiste sur cette nécessité lorsque, par exemple, au cours d'une grippe, les signes pulmonaires n'expliquent pas la persistance ou la réascension de la fièvre.

Le doigt atteint le pôle inférieur du kyste, parfois bloqué dans un cul-de-sac latéral, souvent occupant également le cul-de-sac postérieur et refoulant l'utérus en avant et latéralement. Le col utérin est plaqué contre la symphyse, légèrement ramolli.

Le corps utérin est en général difficile à sentir : si l'abdomen est un peu météorisé ou la paroi adipeuse, on n'arrive pas à le délimiter du kyste.

Le kyste est en général fixé. C'est là un signe important. Cette fixité dépend autant de l'augmentation rapide du volume du kyste que de la périkyстите. Il est souvent très douloureux, mais ce n'est pas un signe constant. Il semble que la douleur n'apparaisse qu'avec la réaction péritonéale de voisinage. Une observation de LAPORTE, BERNARDBEIG et GIMAZANE est assez typique à cet égard : le kyste d'abord indolent, ne devint douloureux qu'au moment où survint une pelvi-péritonite qui nécessita l'intervention immédiate.

Ces signes sont assez peu nets et d'interprétation difficile. Les meilleurs arguments en faveur de la suppuration d'un kyste de l'ovaire sont :

- l'état général,
- l'évolution.

L'état général est toujours altéré et s'aggrave de plus en plus. FORGUE et MASSABEAU (19) ont insisté sur ce fait et le considèrent comme la caractéristique de cette forme.

« Les malades ont des douleurs plus ou moins vives, un léger mouvement fébrile, des vomissements, mais ce qui domine surtout, c'est l'état cachectique, les œdèmes, l'affaiblissement de l'état général, qui font penser plutôt à la tuberculose et au néoplasme. »

Bien que la température soit peu élevée ou même normale, la malade est fatiguée, incapable d'un effort sérieux, essouffée au moindre effort, et bientôt doit s'aliter. Le faciès est pâle et tiré. Surtout l'amaigrissement est important et progressif.

L'évolution fait apparaître deux signes importants :

Le kyste augmente rapidement de volume, signe capital et constant.

Il se fixe, s'il ne l'était déjà.

Ajoutons à ces signes l'existence d'hyperleucocytose sanguine avec polynucléose, comme dans toute suppuration.

En résumé, le diagnostic se base sur des signes d'infection subaiguë avec cachexie progressive et, en définitive, sur la constatation d'une tumeur abdominale ou pelvienne qui augmente rapidement de volume, se fixe et devient douloureuse.

EVOLUTION

Dès que le diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré est posé, il faut intervenir chirurgicalement. Sinon l'affection évolue vers la cachexie suppurative ou se complique.

Une observation de BOUILLY rapportée par BERTRAND rend compte du degré de cachexie auquel peuvent conduire ces suppurations kystiques lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes. BOUILLY fut appelé auprès d'une femme de 47 ans, porteuse d'un volumineux kyste de l'ovaire suppuré évoluant depuis 5 mois. Lorsqu'il la vit, elle était plongée dans un demi-coma, inconsciente et prononçant des paroles incohérentes. Ne s'alimentant plus depuis plusieurs jours, elle était squelettique. Les membres inférieurs, très œdématiés, étaient incapables de tout mouvement. BOUILLY intervint malgré l'avis des médecins qui jugeaient la partie perdue... et guérit sa malade.

L'aboutissant normal d'un tel état est évidemment la mort si on n'intervient pas, et les chances de succès diminuent avec le temps.

COMPLICATIONS

La péritonite aiguë peut être due à la *rupture du kyste*. Celle-ci est annoncée par une douleur brutale, parfois syn-copale, et par l'affaissement de la poche. Sa gravité dépend de la septicité du pus. Très souvent, malgré une intervention rapide et un large drainage, la rupture d'un kyste suppuré évolue vers la mort.

La péritonite aiguë s'observe aussi, dans les formes aiguës, en dehors de toute perforation (Observation VI). Elle est en général moins grave qu'après perforation de la poche. Le pronostic dépend de la précocité de l'intervention. D'où la nécessité d'opérer tôt, si la réaction péritonéale est importante.

La fistulisation du kyste dans un viscère creux est plus fréquente que la rupture en péritoine libre.

— *dans le rectum*.

Les lésions du rectum sont fréquentes au cours de l'évolution des kystes pelviens suppurés. Le kyste adhère d'abord au rectum dont la paroi s'épaissit, devient friable (Observation VII). Sa fragilité constitue un danger dans le décollement du kyste.

Puis la paroi du rectum se sphacèle. TOURNEUX et BAILLAT intervenant pour un kyste suppuré inclus dans le ligament large droit, constatent, après avoir décollé le kyste, que la paroi antérieure du rectum présente une escarre verdâtre, large de 4 cm. environ. Ils enlèvent l'escarre aux ciseaux, réparent la brèche par suture en trois plans et terminent par drainage vaginal et cloisonnement colo-vésical. Les suites opératoires furent très simples.

Finalement la paroi rectale se perfore et le pus s'évacue par le rectum.

Cliniquement, l'atteinte rectale est indiquée par de faux besoins fréquents et des périodes de diarrhée. La perforation est annoncée par une petite hémorragie rectale, puis le pus apparaît dans les selles.

Parfois, la période prémonitoire fait défaut, comme dans le cas de COSTANTINI et FULCONIS (14). Un an après une typhoïde, leur malade présenta des hémorragies intestinales et des selles purulentes. On constatait en même temps l'existence d'un état infectieux léger : température à 37°8, hyperleucocytose légère avec polynucléose sanguine. Pendant un an, la malade présenta du pus dans ses selles et se cachectisa progressivement. Finalement, à l'occasion d'une nouvelle hémorragie et d'une débâcle purulente particulièrement abondante, la malade fut examinée et opérée. A l'intervention, on trouva un kyste suppuré fistulisé dans le rectum. Il est à noter que jamais on n'avait pu trouver l'orifice de la fistule à la rectoscopie.

Nous trouvons, dans cette observation, le caractère évolutif fondamental des kystes fistulisés dans un viscère creux : *la fistule a peu de chance de se fermer spontanément*. Seule l'ablation de la poche tarit la suppuration. Sinon la fistule « donne » indéfiniment. De temps à autre, il se produit de la rétention dans la poche, annoncée par une poussée fébrile, parfois des douleurs, et une diminution de la suppuration. Puis survient une débâcle purulente.

— dans la vessie, la fistulisation des kystes suppurés est plus rare, beaucoup plus rare que celle des salpingites ou même des appendicites pelviennes. Parmi les cas rap-

portés récemment, citons ceux de SPIREA (48), TONELLO (51), THOMAS et EXLEY (50).

Des troubles urinaires : pollakiurie, dysurie, annoncent l'atteinte vésicale. Une petite hématurie, une pyurie brusque indiquent la fistulisation. Cette pyurie persiste indéfiniment, accompagnée de signes de cystite et de modifications de la muqueuse vésicale à la cystoscopie : rougeur intense du bas-fond, ulcérations superficielles recouvertes d'un enduit blanchâtre. L'orifice de la perforation est facilement reconnu sur le dôme vésical. On en voit sortir du pus.

L'évolution est entrecoupée de poussées douloureuses et fébriles, au cours desquelles peuvent se produire des hématuries. La cystite guérit en général rapidement après ablation de la poche.

— *la fistulisation dans le vagin*, assez rare, est caractérisée par des écoulements purulents qui deviennent rapidement fétides. En effet, la surinfection de la poche par la flore microbienne vaginale est constante et constitue un danger réel au cours de cette évolution. Notre observation V en est un exemple presque expérimental : un kyste dermoïde suppuré, pris pour une collection purulente d'origine salpingienne est ouvert dans le vagin par colpotomie. Immédiatement, la température, qui était normale auparavant, s'élève et reste oscillante pendant plusieurs semaines, tandis que l'état général s'altère profondément. L'écoulement vaginal devient horriblement fétide, et, à l'intervention, pratiquée quelques mois plus tard, on trouve une poche grisâtre, sphacélique et très fétide.

— *La fistulisation dans le colon sigmoïde* est citée par THOMAS et EXLEY (50).

— *La fistulisation à la paroi abdominale antérieure est exceptionnelle. Elle est signalée par LURIE (26). Elle réalise une marsupialisation spontanée, mais en général insuffisante pour faire cesser les accidents infectieux.*

Citons enfin la possibilité d'*embolies septiques*, comme dans toutes les infections pelviennes. Elles se traduisent par des infections pulmonaires ou pleurales, souvent gangréneuses, comme dans notre observation IX, et dans une observation de RICHE et MOURGUE-MOLINE (43). Il est probable que ces embolies se font à la faveur de phlébites des veines du petit bassin.

DIAGNOSTIC

Les difficultés de diagnostic sont différentes selon qu'il s'agit de kyste abdominal ou de kyste pelvien.

I. — IL S'AGIT D'UNE TUMEUR ABDOMINALE

a) *Le kyste de l'ovaire est connu et diagnostiqué avant l'apparition des accidents infectieux.*

Il s'agit de différencier la suppuration du kyste des autres complications et spécialement de la *torsion*.

Nous avons vu dans la symptomatologie que le kyste suppuré peut revêtir deux allures différentes : la *forme aiguë* et la *forme subaiguë* ou *latente*.

1) *Il s'agit d'accidents aigus.* On peut penser à la *torsion*, à l'*hémorragie intrakystique*, ces deux complications pouvant se produire isolément ou successivement. En général, dans la torsion aiguë, les accidents sont plus dramatiques, l'évolution plus rapide, l'aggravation de l'état général se produisant d'heure en heure. Dans la suppuration du kyste, le début est moins précis, la fièvre et la douleur progressent en quelques jours.

On peut encore penser à une complication de voisinage et spécialement à une *crise d'appendicite* chez une femme porteuse d'un kyste de l'ovaire.

2) *Il s'agit d'accidents subaigus.* En plus du gonflement douloureux du ventre, on constate surtout une altération de l'état général, de l'amaigrissement, de l'anémie, de l'épuisement avec poussées fébriles. On peut penser à une *torsion lente* ou *incomplète*. Cette torsion peut d'ailleurs être le point d'appel de l'infection. L'hémorragie intrakystique, qui est la conséquence de la torsion, favorise la suppuration qui se produit sans réaction vive.

En pratique, on opère souvent avec un diagnostic incertain, et c'est la pièce opératoire qui montre s'il y a torsion ou suppuration, ou même les deux. Ce qui importe, c'est de poser l'indication opératoire qui est formelle dans les deux cas.

Les kystes végétants ont également des symptômes assez voisins de ceux des kystes compliqués de suppuration chronique. Il ne se s'agit pas des kystes avec végétations papillaires qui sont habituellement bien tolérés, mais des *kystes végétants du type racémeux*, qui s'accompagnent de dissémination péritonéale avec ascite à évolution rapide, et surtout des *kystes néoplasiques de l'ovaire*. Ceux-ci s'accompagnent de grosses végétations carcinomateuses à l'intérieur du kyste et à sa périphérie, et cliniquement, d'un gonflement rapide de la tumeur, de poussées douloureuses et fébriles, d'un amaigrissement considérable. L'erreur serait grave, car si on pense à un kyste dégénéré, fébrile, adhérent de toute part, on est amené à juger l'opération impraticable. Il faut savoir que certains kystes suppurés de l'ovaire ont de grandes ressemblances cliniques avec ce cancer inopérable. Il serait regrettable de ne pas tenter l'opération chirurgicale, seule capable de le guérir. Aussi doit-on poser comme ligne de conduite qu'en face d'une volumineuse tumeur de l'ovaire, il est

utile de pratiquer une laparotomie exploratrice, seule manière de fixer un diagnostic hésitant.

Y a-t-il quelques signes cliniques permettant de les différencier ? Le principal est la recherche de l'ascite : ascite jaune clair, peu abondante, dans la tumeur papillaire, ascite jaune clair légèrement rosée et très abondante dans la tumeur végétante racémeuse, ascite hémorragique dans le cancer de l'ovaire. Au contraire, l'ascite manque dans le kyste suppuré.

Y a-t-il quelque signe de laboratoire utile à rechercher ? C'est la numération globulaire qui montre une hyperleucocytose avec polynucléose dans la suppuration du kyste, une anémie avec leucocytose portant surtout sur les mononucléaires dans le kyste végétant dégénéré.

b) *Le kyste n'était pas connu avant l'apparition des accidents infectieux et douloureux.*

On peut cependant se rendre compte, par l'interrogatoire, s'il existait auparavant une augmentation de volume du ventre avec ménorragies, ce qui laisse croire à l'existence d'un fibrome, ou, au contraire, avec règles normales ou diminuées, ce qui fait penser à un kyste de l'ovaire.

On est en présence d'un gros ventre tendu et douloureux. La percussion, mieux encore que la palpation, rendue difficile, permettra de se renseigner. Après avoir fait vider la vessie, on trouve une zone de matité sur la ligne médiane au-dessus du pubis. Il faut penser à un *fibrome infecté ou nécrosé*, ou à un kyste suppuré, ou parfois à un volumineux *hydrosalpinx en voie de suppuration*. Dans tous les cas, la situation est grave et nécessite une décision chirurgicale. Si on est amené à temporiser, il

faut éviter de prolonger un traitement médical inefficace et savoir prendre le bistouri avant qu'il ne soit trop tard, comme dans notre observation III.

II. — IL S'AGIT D'UNE TUMEUR PELVIENNE

a) *La tumeur est située dans le cul-de-sac de Douglas.*

L'utérus est repoussé en avant contre la symphyse, comme on peut s'en rendre compte par le toucher. *L'hystérométrie* pratiquée avec l'hystéromètre métallique, ou mieux avec la bougie en gomme n° 12 ou 14, comme le conseille M. DOUAY, montre que l'utérus repoussé en avant a une cavité normale, ce qui permet d'écarter l'idée d'un *gros utérus en rétroversion avec métrite*, ou encore l'hypothèse d'un *fibrome postérieur*, simple ou compliqué.

Si on a reconnu que la tumeur est indépendante de l'utérus, il faut éliminer *une annexe*.

On élimine assez facilement une salpingite aiguë, car il est rare de voir se constituer aussi rapidement une masse assez volumineuse pour faire penser à un kyste de l'ovaire. La bilatéralité habituelle des lésions, l'existence d'antécédents métritiques avec exagération récente des pertes permettent en général le diagnostic. La régression rapide obtenue par le traitement médical (glace, propidon) vient le confirmer.

Mais le diagnostic est très difficile avec un *hydrosalpinx latent infecté secondairement*. Dans ce cas, on trouve dès le premier examen une masse douloureuse, tendue, fixée. Les effets du traitement médical sont beaucoup moins nets

et plus lents que dans le cas précédent. Seules, des nuances permettent de penser à un kyste suppuré plutôt qu'à un hydrosalpinx infecté : l'allure moins aiguë des accidents, la forme plus arrondie de la tumeur et la sensation de tension qu'elle donne au toucher.

Une salpingite tuberculeuse est très difficile à différencier d'un kyste de l'ovaire suppuré dans sa forme chronique. Ces deux affections ont la même allure torpide, froide ou subaiguë. Le traitement médical par la glace et la vaccination n'a pas d'action sur une salpingite tuberculeuse. La douleur au toucher est très atténuée, comme dans un grand nombre de kystes suppurés. L'amaigrissement est rapide, l'atteinte de l'état général importante du fait de l'imprégnation tuberculeuse.

Les abcès de l'ovaire sont pratiquement impossibles à différencier des kystes suppurés. Ce sont d'ailleurs des affections assez voisines. Il est en effet frappant de voir comme l'ovaire « se défend bien » au milieu des plus graves salpingites et des suppurations pelviennes. Pourquoi certains ovaires suppurent-ils ? Dans certains cas il existe un point d'appel, tel qu'un kyste du corps jaune ou un corps jaune de grossesse. Dans les autres cas il s'agit probablement d'ovaires malades, polykystiques.

On pourra faire une *ponction du Douglas*, qui, dans les cas difficiles, donnera des renseignements précieux sur la nature du liquide et son degré de septicité. Cette ponction sera faite avec une aiguille d'assez gros calibre, car le liquide est souvent épais et visqueux. On pourra se servir d'une aiguille ordinaire de 6 cm. bien fixée entre les mors d'une pince à pansement ou montée sur une seringue stérile. Le Dr DOUAY a fait fabriquer chez Collin un tube

rigide porte-aiguille sur lequel se visse l'aiguille choisie, et qui permet d'aspirer le liquide.

La ponction du cul-de-sac postérieur du vagin sera faite sur la ligne médiane, à un ou deux cm. du bord postérieur du col, dans l'axe du bassin. Elle paraît sans danger si l'on suit cette technique et donne immédiatement des renseignements précieux sur l'état des lésions et sur ce qu'il convient de faire. Dans les kystes suppurés, le liquide retiré est épais, visqueux, purulent, jaune verdâtre ou brunâtre. Par aspiration dans une seringue stérilisée, on pourra l'étudier du point de vue bactériologique, soit par examen direct, soit par culture.

Si le liquide du kyste n'est pas purulent, et ne contient pas de germes, il faut savoir que la ponction par voie vaginale est capable de produire l'infection secondaire du kyste. Dans ce cas, il est donc utile d'opérer d'urgence par laparotomie et d'enlever le kyste avant qu'il s'infecte (Obs. IV).

La ponction du Douglas aidera à éliminer d'autres affections de la région qui simuleraient un kyste suppuré :

— *une hématocele* : on ramène du sang noir avec de petits caillots très foncés. Si elle est infectée le sang est purulent, chocolat. Nous avons vu cependant (Obs. XIII), la coexistence possible des deux affections.

— *un abcès du Douglas* consécutif à une appendicite pelvienne par exemple. Il est placé très bas et bombe au niveau de la paroi vaginale. Le pus est jaune, bien lié, souvent fétide.

— *une salpingite purulente*. Elle est souvent située très haut et il arrive que la ponction ramène d'abord un liquide clair contenu dans une poche de péritonite séreuse

du Douglas. On ne trouve le pus qu'en enfonçant l'aiguille un peu plus loin.

Les suites observées après la colpotomie peuvent donner des indications précieuses sur la nature de la poche purulente incisée et drainée. Si la poche drainée est constituée par un kyste de l'ovaire, la colpotomie n'amène pas la guérison et la poche continue à suppurer. Au contraire, la colpotomie est en général suffisante pour amener la guérison d'une salpingite suppurée en 10 à 15 jours. Il faut cependant faire une exception pour la *salpingite tuberculeuse colpotomisée*. Dans ce cas la guérison n'est pas obtenue. Après une amélioration de courte durée, la fièvre reprend et la suppuration persiste sans aucune tendance à se tarir.

b) *Il s'agit d'une tumeur pelvienne haut située, et inaccessible par le Douglas.*

Le diagnostic devient très difficile. Le bassin est bloqué par des masses annexielles dans lesquelles il est impossible de reconnaître l'utérus. Presque toujours il y a des lésions multiples et l'on peut trouver associés : un fibrome nécrosé ou infecté, un kyste de l'ovaire suppuré, des poches salpingiennes suppurées.

Le diagnostic précis n'a qu'une importance secondaire. Ce qu'il faut rechercher par un examen attentif et quotidien, c'est l'indication opératoire. On cherche surtout à se rendre compte si le pus tend à descendre dans le cul-de-sac postérieur, ce qui permettra de le localiser par la ponction du Douglas, et de l'évacuer par colpotomie. Il faut aussi rechercher si le pus gagne, en suivant le ligament large et le ligament rond, la fosse iliaque interne,

où l'on pourra le trouver par l'incision de ligature de l'artère iliaque externe (Obs. II).

Si pendant ce temps les phénomènes septiques s'aggravent, il ne faudra pas temporiser plus longtemps et intervenir chirurgicalement, le plus souvent par voie abdominale.

CAS PARTICULIERS

Les suppurations typhiques et paratyphiques semblent assez fréquentes et on en trouve de nombreux cas dans la littérature. Elles s'observent à toutes les périodes de l'évolution d'une dothiéntérie.

— parfois en pleine évolution, vers le 3^e ou 4^e septénaire. L'allure est sensiblement celle que nous venons de décrire. La température qui baissait progressivement, remonte légèrement tandis que s'installent des signes abdominaux et que l'état général s'altère. Si l'existence du kyste est méconnue, ce qui est fréquent, on pense d'abord à une perforation intestinale. Mais dans ce cas l'évolution est plus rapide, l'altération de l'état général plus profonde. Et surtout, en cas de kyste suppuré, un examen soigneux permet de découvrir la tumeur.

— souvent, c'est pendant la convalescence d'une infection typhique, ou même plusieurs semaines, plusieurs mois après, qu'elle apparaît. Il arrive, enfin, qu'il soit impossible de déceler dans les antécédents une infection légère passée complètement inaperçue.

Les signes sont ceux d'une forme cachectique ou d'une forme péritonéale.

Il faut noter le caractère atypique de la formule sanguine. Le nombre des globules blancs est sensiblement normal. Cependant ce fait peut être interprété comme de

l'hyperleucocytose puisque au cours de la typhoïde la leucopénie est habituelle. D'ailleurs la proportion des polynucléaires est augmentée. C'est un fait important car il doit faire penser à l'existence d'une suppuration. Toutefois, dans une observation de CORSCADEN (13), le taux des polynucléaires était normal.

L'hémoculture est en général négative car la suppuration est une complication tardive. Le séro-diagnostic de Widal est parfois négatif à une époque où l'on s'attendrait à le trouver positif, mais ce n'est pas une exception, même au cours d'une typhoïde non compliquée.

Il est enfin des cas où le diagnostic de suppuration typhique n'est fait que sur la constatation du bacille d'Eberth ou surtout du paratyphique B dans le pus du kyste, alors que rien dans les antécédents ne peut faire penser à une infection typhique, même fruste.

Les suppurations grippales sont assez fréquentes. Elles s'installent au décours de la grippe ou pendant la convalescence.

POUR BERTRAND (5), on reconnaît en général deux stades.

- un stade de suppuration, caractérisé par une re-
- un stade de suppuration, caractérisée par une reprise de la température et l'apparition de signes de suppuration profonde.

Au décours d'une grippe la suppuration d'un kyste de l'ovaire méconnu pose le diagnostic des complications pulmonaires de la grippe, essentiellement des complications respiratoires : pleurésie purulente, abcès du poumon.

On a trouvé le pneumocoque dans le pus de ces kystes.

Au cours de la puerpéralité, la suppuration des kystes de l'ovaire est fréquente.

Au cours de la grossesse elle n'est pas exceptionnelle. Le diagnostic est rendu difficile par le développement de l'utérus qui peut masquer le kyste, celui-ci n'étant découvert qu'après l'accouchement (Obs. de SHOKAERT) (47).

Au cours de l'accouchement, la présence d'un kyste de l'ovaire suppuré peut amener de graves complications. En dehors des complications dystociques, qui ne sont pas le fait de la suppuration, on peut observer la rupture du kyste. L'intervention s'impose d'urgence, mais le pronostic reste toujours grave car le choc qui accompagne la rupture est mal supporté par une femme fatiguée par l'accouchement. Surtout la plaie utérine risque de s'infecter dans un tel milieu. Aussi termine-t-on par une hystérectomie.

C'est surtout dans les suites de couches que le kyste court le risque de s'infecter, surtout si l'accouchement a été difficile et a nécessité des manœuvres.

L'association à l'appendicite a été observée par RICHE et FAYOT (42), MÉRIEL et PAUX (28), CHENUT et MAHON (12). On trouve l'appendice enflammé ou perforé, adhérent à un kyste suppuré. Il est parfois difficile de dire si le point de départ est appendiculaire ou kystique.

Il existe enfin des cas où la suppuration du kyste reste latente. Notre collègue LÉGER (Obs. XIII), en a observé un cas. Au cours d'une intervention pour grossesse extra-utérine rompue, il a trouvé du côté opposé, un kyste de l'ovaire suppuré.

TRAITEMENT

I. — Les méthodes

Deux méthodes s'opposent dans le traitement des kystes de l'ovaire suppurés :

- l'ablation en un temps.
- l'ablation précédée de drainage et de désinfection de la poche .

1°) L'ABLATION EN UN TEMPS

Elle est pratiquée par de nombreux chirurgiens. Sous anesthésie générale, on découvre le kyste par laparotomie médiane. On libère avec prudence les adhérences épiploïques et intestinales qu'il a pu contracter. On enlève la poche après ligature de son pédicule, et souvent, après avoir évacué son contenu par ponction.

RICHE et FAYOT, se basant sur 7 observations personnelles, estiment que l'ablation en un temps est possible dans la plupart des cas et qu'il faut réserver l'ablation en deux temps aux malades dont l'état général est très déficient et aux cas où l'importance des adhérences rend l'ablation en un temps trop dangereuse. Etudiant les différents modes de drainage, ils concluent que les meilleurs résultats sont obtenus avec le drainage par Micku-

licz. Le drainage par simple drain de caoutchouc ne peut être conseillé que dans les cas où la péritonisation est complète. Ils déconseillent formellement la fermeture de la paroi sans drainage.

2°) L'ABLATION APRÈS DRAINAGE ET DÉSINFECTION DE LA POCHE

Elle est préconisée par notre Maître P. MOURE et par J. SÉNÈQUE, dans les kystes suppurés abdominaux à évolution antérieure.

Dans un premier temps, ils *marsupialisent* la poche après avoir fixé sa paroi à la paroi abdominale, si l'adhérence ne s'est pas déjà faite spontanément. Cette intervention peut être faite à l'anesthésie locale chez les malades fatiguées. L'évacuation du pus amène une sédation rapide des phénomènes infectieux et permet une amélioration importante de l'état général.

La poche est désinfectée par des lavages avec la solution de Dakin. L'ablation de la poche est faite dans un deuxième temps après désinfection complète, contrôlée au besoin par un examen bactériologique. Elle est pratiquée sous anesthésie générale ou rachidienne. Ces auteurs ont été frappés par la diminution considérable des adhérences péri-kystiques. La poche se laisse cliver de l'intestin et s'enlève « comme un grain de raisin flétri ».

Pour les kystes pelviens le drainage est obtenu par *colpotomie* que l'on peut compléter également par des lavages au Dakin dans la poche.

II. — Critique

1°) L'ABLATION EN UN TEMPS

Elle a l'avantage de ne nécessiter qu'une seule intervention, une seule anesthésie. Le temps d'immobilisation et d'incapacité sont diminués. Lorsque l'intervention a été facile, les suites sont généralement simples et l'ablation en un temps apparaît comme la méthode de choix.

Mais lorsque les adhérences périkystiques sont importantes, elle comporte de réels dangers. L'intestin adhérent est extrêmement friable et se déchire à la moindre traction, ce qui rend difficile le clivage des adhérences. L'intervention terminée, on peut se trouver en présence d'anses déperitonisées sur de larges surfaces, et difficiles à réparer car les tissus se déchirent et saignent sous le fil. Parfois on est obligé de faire des résections intestinales plus ou moins étendues, ce qui aggrave considérablement le pronostic.

Au cours de ces manœuvres, on ouvre des lymphatiques dont le contenu est septique.

Aussi, dans les cas difficiles, les suites ne sont pas simples : les malades rendent mal leurs gaz, se ballonnent et souffrent. Parfois même ces signes ne cèdent pas aux petits moyens usuels et on voit s'installer l'occlusion paralytique.

La suppuration de la paroi abdominale peut s'observer, et dans un cas de MOURE et SÉNÈQUE (32), elle a pris une allure gangréneuse.

2°) L'ABLATION PRÉCÉDÉE DE DRAINAGE ET DÉSINFECTION DE LA POCHE

C'est une méthode moins brillante. Deux interventions sont nécessaires, et deux anesthésies, bien que le drainage puisse être fait sous anesthésie locale. L'immobilisation de la malade est plus longue.

Mais, *appliquée aux kystes abdominaux* où le temps de drainage consiste en une marsupialisation du kyste, elle donne des résultats presque toujours favorables. Le 2° temps est pratiqué dans des conditions de sécurité exceptionnelle : l'état général est remonté, les adhérences ont diminué, et surtout, l'intestin que ne comprime plus la poche devient beaucoup plus résistant et élastique. Les manœuvres sont réduites et beaucoup moins dangereuses.

Appliquée aux kystes pelviens, où le temps drainage consiste en une colpotomie, elle donne des résultats plus aléatoires. En effet, si le contenu du kyste est épais comme c'est le cas habituel dans les kystes dermoïdes, le drainage peut être insuffisant. Non seulement les accidents infectieux ne diminuent pas, mais ils s'aggravent, car fatalement le kyste est surinfecté par les germes du vagin (Observation V).

De plus, la colpotomie ne peut pas toujours être faite en toute sécurité car le kyste n'occupe pas toujours le Douglas. Parfois il faut décoller assez loin pour atteindre la poche. Parfois aussi le kyste est plus latéral que postérieur. Dans ce cas, la colpotomie offre quelques dangers du fait de la présence à ce niveau des vaisseaux utérins et de l'uretère. L'abord direct par le cul-de-sac latéral est

impossible. Il faut les contourner en pratiquant une colpotomie postérieure qui permet d'enfoncer un champ courbe derrière l'isthme utérin, puis de l'incliner latéralement vers la poche.

Parfois enfin, la colpotomie n'ouvre qu'une poche et en abandonne d'autres. On peut alors introduire le doigt dans l'orifice de colpotomie et, se guidant sur lui, effondrer les autres poches.

Les résultats de la colpotomie ne sont donc pas aussi nettement favorables que ceux de la marsupialisation dans les kystes abdominaux. Elle n'en reste pas moins une excellente opération dans nombre de cas.

III. — Ligne de conduite

De ce qui précède, nous essaierons de dégager une ligne de conduite.

Un premier facteur domine la situation : *l'état général*. Chez les malades fatiguées, profondément infectées, chez les malades âgées, il faut intervenir en deux temps : faire une marsupialisation il s'agit d'un kyste abdominal, une colpotomie s'il s'agit d'un kyste pelvien. Ces interventions devront être faites, autant que possible à l'anesthésie locale.

Dans le premier cas, le résultat est presque constamment bon.

Dans le deuxième cas, les résultats de la colpotomie peuvent être moins nettement favorables. Mais on observe généralement à la suite de cette intervention une sédation des phénomènes infectieux qui, même si elle ne se maintient pas, permet un relèvement de l'état général. Le

deuxième temps peut être pratiqué dans de meilleures conditions.

Si l'état général permet d'envisager une intervention en un temps, la question se pose de façon différente selon qu'il s'agit d'un kyste abdominal ou d'un kyste pelvien.

1°. — EN CAS DE KYSTE ABDOMINAL

Il faut intervenir sous anesthésie générale ou rachidienne. On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, et on incise très prudemment le feuillet profond de la gaine des droits.

— Parfois on tombe immédiatement sur un kyste adhérent à la paroi abdominale antérieure. Il faut se garder de la décoller, mais la ponctionner et aspirer son contenu avec un aspirateur. Puis on ouvre la poche, assez largement pour y introduire la main. On explore la cavité et si le kyste est multiloculaire, on effondre à la pince les diverses poches.

On bourre la cavité avec des mèches mollement tassées de façon qu'elles drainent et ne fassent pas bouchon. S'il se produit un suintement sanguin dans la poche, les mèches suffisent en général à l'arrêter. Les jours suivants, les mèches sont enlevées (dès qu'elles sont imbibées et ne drainent plus), et remplacées par de gros drains de caoutchouc qui serviront à faire des lavages dans la poche avec la solution de Dakin étendue d'eau. On se servira avantageusement d'appareils aspirateurs-laveurs, du type de celui que notre Maître CADENAT a fait construire pour son service. Avec cet appareil, on enlève les drains pour faire les lavages et on enfonce dans la poche la canule de l'aspirateur.

— Si le kyste n'adhère pas à la paroi abdominale antérieure, il faut explorer la cavité péritonéale et se rendre compte des connexions du kyste. Ce sont en effet, à notre avis, les adhérences péri-kystiques qui imposent la conduite à tenir.

— *Si le kyste est libre*, il faut l'enlever en un temps. Il en est de même s'il ne présente que des adhérences épiploïques que l'on sectionne entre deux ligatures.

Dans ce cas, les anses intestinales sont refoulées par des champs, et le kyste complètement isolé. Sous le couvert de cette barrière, on le ponctionne et son ablation ne comporte pas plus de difficulté que celle d'un kyste non infecté. On péritonise et draine par un gros tube de caoutchouc. Il est prudent de fermer la paroi en un plan aux fils de bronze ou aux crins doubles.

— *Si le kyste adhère à l'intestin*, la conduite à tenir est discutable.

— Il est des cas où manifestement les adhérences sont trop étendues pour permettre de décoller la poche sans danger. La marsupialisation s'impose.

— Lorsque les adhérences intestinales sont moins étendues on pourrait tenter le décollement. La ponction et même l'ouverture de la poche facilitent grandement cette manœuvre. Mais la simple ponction est dangereuse dans ces cas car les adhérences n'ont pas permis de récliner convenablement les anses intestinales et d'isoler la cavité abdominale par des champs. Du liquide purulent peut s'écouler dans le ventre, à plus forte raison si on ouvre le kyste.

On peut diminuer les dangers du décollement en lais-

sant des fragments de poches adhérents à l'intestin quand l'adhérence est trop intime. On termine par Mickulicz.

En dehors des cas où la libération paraît vraiment facile, nous préférons abandonner la partie et faire une marsupialisation. Cette méthode nous paraît être la méthode de sécurité.

Le kysté est vidé de son contenu par aspiration. C'est un temps dangereux qui demande beaucoup de soins et d'attention afin qu'il ne s'écoule pas de pus dans le ventre. La poche est alors attirée hors du ventre et suturée à la paroi abdominale par quelques points de catgut. L'excédent est réséqué. La paroi abdominale est fermée en un plan. Les soins post-opératoires ne diffèrent pas de ceux que nous avons indiqués précédemment.

Le deuxième temps est pratiqué lorsque la poche est désinfectée en moyenne 15 jours à trois semaines plus tard.

2°. — EN CAS DE KYSTE PELVIEN

On n'a pas la possibilité d'explorer la cavité pelvienne.

Si la colpotomie est possible, nous conseillons de la faire. Si elle amène une résolution rapide des phénomènes infectieux, on fait le deuxième temps dès que la poche est désinfectée. Si l'infection cède mal ou reprend, on peut tenter une deuxième colpotomie en se guidant sur un doigt introduit dans l'orifice de la première. Si les résultats ne sont pas rapidement satisfaisants, il ne faut pas attendre plus longtemps car l'état général continue à s'altérer. Il faut intervenir par voie abdominale.

Cette intervention est souvent très difficile. Il est souvent nécessaire de faire une hystérectomie subtotale par

le procédé américain, qui permet de décoller le kyste de bas en haut en utilisant le bon plan de clivage.

Il est rare d'ailleurs que l'utérus vaille la peine d'être conservé. Si, au contraire, on peut le conserver avec les annexes du côté opposé, il y a intérêt à le faire, surtout chez les femmes jeunes. C'est ce qui a été fait avec succès dans les observations II, V, VI, VII et XII. Quand on a dû faire une hystérectomie, on peut prélever l'ovaire du côté opposé au kyste, s'il est sain, et le greffer dans les grandes lèvres. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer de telles greffes, sur le conseil de M. DOUAY, au cours d'hystérectomies pour salpingite. Nous avons pu suivre nos malades. Dans presque tous les cas la greffe a fonctionné deux mois environ après l'opération, dans un cas après réactivation par une injection de benzo-gynestryl. Depuis, la greffe augmente de volume et devient sensible pendant quelques jours chaque mois, et les troubles de castration ont été considérablement diminués. Lorsque les deux ovaires sont kystiques on peut parfois retrouver des fragments de tissu ovarien sur la paroi du kyste. De tels fragments peuvent être utilisés comme greffons, même s'il s'agit de kystes suppurés. Dans un cas, rapporté dans la thèse de Marie OBOUL (35) (Paris 1936), le Docteur DOUAY a greffé un fragment d'ovaire prélevé sur un kyste suppuré. Le fragment a été simplement lavé à l'éther. Il n'y a eu aucune infection locale consécutive, et le greffon a fonctionné une fois.

Si on a affaire à un *kyste suppuré inclus dans le ligament large*, il faut se garder de l'attaquer par sa face postérieure. Il faut sectionner le ligament rond et la trompe près de la corne utérine, ce qui ouvre le fait du ligament large. On décolle assez facilement la face antérieure du

kyste et l'on peut décoller sa face postérieure de bas en haut en évitant le grave écueil que constituent le rectum et l'uretère.

Il pourra être utile, au cours de manœuvres sur un kyste pelvien de ponctionner et d'aspirer le contenu de la poche. Les aspirateurs chirurgicaux modernes ont certainement contribué à faciliter cette chirurgie.

Dans tous les cas, il faudra drainer largement.

La septicité du milieu, l'impossibilité de péritoniser complètement imposent le plus souvent l'emploi du Mikulicz.

Certains y ajoutent le drainage vaginal. L'hystérectomie totale paraît devoir être déconseillée dans la plupart des cas car l'hémostase est trop aléatoire dans ces tissus infectés et friables. On fendra plutôt le col sur sa face postérieure, ce qui permet d'ouvrir largement le Douglas et d'introduire un gros drain avant la mise en place du Mikulicz.

CONCLUSIONS

1. — La suppuration des kystes de l'ovaire est une complication relativement rare, beaucoup plus rare que la torsion, l'hémorragie intrakystique, la rupture. L'infection peut être de cause générale (grippe, infection intestinale) ou de cause locale, soit gynécologique (infection utérine ou annexielle), soit intestinale (appendicite).

2. — La réaction péritonéale de voisinage domine l'histoire clinique et la thérapeutique des kystes de l'ovaire suppurés :

- soit péri-kystique précédant la suppuration du kyste.
- soit suppuration du kyste sans réaction péritonéale.
- soit réaction péritonéale secondaire avec formation de péri-kystite autour du kyste suppuré.

3. — Cliniquement, on observe deux variétés :

- la forme aiguë avec réaction péritonéale de voisinage.
- la forme chronique où les signes d'infection se traduisent surtout par l'atteinte de l'état général.

Dans les deux formes, l'infection du kyste se manifeste par :

- l'augmentation rapide de volume et surtout de tension du kyste.

— sa fixation par formation d'adhérences.

— une atteinte de l'état général.

Des signes sont variables dans leur intensité et peuvent même manquer :

— la douleur, qui dépend de la réaction péritonéale de voisinage.

— la fièvre, souvent peu élevée.

4. — Le diagnostic est souvent difficile, que la tumeur soit abdominale ou pelvienne. Il en résulte que, en présence d'une tumeur abdominale ou pelvienne fébrile et douloureuse, accompagnée d'une atteinte de l'état général, il faut savoir reconnaître à temps l'inefficacité du traitement médical et prendre une décision chirurgicale : le kyste suppuré est reconnu au cours de l'opération.

5. — Le traitement est uniquement chirurgical, soulevant des problèmes difficiles à résoudre.

a) Chez les malades âgées, déprimées, infectées depuis longtemps, il faut faire l'opération minima : ouvrir et drainer la poche par marsupialisation s'il s'agit d'un kyste abdominal, par colpotomie s'il s'agit d'un kyste pelvien.

Le drainage temporaire est insuffisant pour guérir, mais permettra d'envisager l'ablation de la poche après relèvement de l'état général.

b) Si la malade peut supporter une opération plus importante, la conduite à tenir dépend des conditions anatomiques.

En cas de kyste abdominal, il faut faire une laparotomie exploratrice. S'il est libre d'adhérences, on peut l'enle-

ver en un temps. S'il est très adhérent, il ne faut pas s'acharner dans une dissection laborieuse. Il est préférable de limiter l'exérèse et de marsupialiser, pour compléter dans un deuxième temps.

En cas de kyste pelvien, s'il est accessible par le Douglas, si l'infection est grave, il faut faire une colpotomie et pratiquer l'ablation dans un deuxième temps par voie abdominale. La colpotomie peut présenter des difficultés techniques du fait de la situation plus ou moins haute du kyste. Elle peut donner un drainage insuffisant par suite de la multiplicité des loges suppurées. Aussi ne doit-on pas trop tarder à opérer par voie abdominale.

Si le kyste n'est pas facilement accessible par le Douglas et si les phénomènes infectieux sont intenses, il est préférable d'intervenir d'emblée par voie haute.

Toutes ces opérations d'exérèse en milieu septique sont habituellement suivies d'un large drainage.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de la thèse,*
TIFFENEAU. LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.



BIBLIOGRAPHIE

1. — ABADIE et Mme ABADIE-FEYGUINE. — De la suppuration des kystes de l'ovaire dans la fièvre typhoïde. *Montpellier Médical*, 1904, p. 117.
2. — ABADIE. — Kyste dermoïde de l'ovaire suppuré à bacille d'Eberth. *Société de Chirurgie*, 1928, p. 356.
3. — BARSONY. — L'infection des kystes de l'ovaire par le bacille typhique. *Zentralblatt f. Gynäk.*, 31 janvier 1931, t. 55, p. 287.
4. — BERNARD (C.). — Les kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la gestation, l'accouchement, les suites de couche. Observations de la Clinique Baudelocque. *Thèse*, Paris, 1919-20.
5. — BERTRAND (J.). — Etude sur la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. *Thèse*, Paris, 1931.
6. — BINET. — Kystes suppurés des deux ovaires. Péritonite généralisée. Intervention chirurgicale. *Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy*, in *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1930, p. 594.
7. — BOJESSEN (A.). — Kyste de l'ovaire infecté à bacille paratyphique B. *Ugesk. f. læga*, t. 94, p. 834, juillet 1932.
8. — BOUILLY. — Suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, juin 1896.
9. — BRANDAO (H.). — Infection typhique de kystes de l'ovaire. *Boll. do coll. Brasil. do Cir.*, t. III, p. 30, 1932.
10. — BURGER (P.). — Un cas de rupture de kyste de l'ovaire suppuré. *Soc. Obst. et Gynéc. de Strasbourg*, in *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1924.

11. — BURGER (P.). — A propos de quelques cas de kystes ovariens infectés. *La Gynécologie*, 1925, p. 364.
12. — CHENUT et MAHON. — Kyste suppuré de l'ovaire. *Soc. Obst. et Gynéc. de Bordeaux*, in *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1928, p. 713.
13. — CORSCADEN (J.-A.). — Un cas d'infection d'un kyste de l'ovaire par le bacille paratyphique B. — *The American Journ. of obst. and gyn.*, vol. V, n° 5, mai 1923, p. 545.
14. — COSTANTINI et FULCONIS. — Kyste de l'ovaire suppuré et fistulisé dans le rectum. Hystérectomie. Guérison. *Réunion obstétricale et gynécologique d'Alger*, 9 juin 1923, in *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1923, p. 484.
15. — COTTE et TRILLAT. — Kyste dermoïde suppuré au cours de la puerpéralité. *Soc. Obst. et Gyn. de Lyon*, in *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1922, p. 452.
16. — DUNET (C.). — Suppuration d'un kyste dermoïde due au bacille d'Eberth. Traitement chirurgical, juste avant rupture dans la vessie. *J. Egyptian M. A.*, p. 669, octobre 1935.
17. — DUPUIDEMS. — Suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire. *Thèse*, Paris, 1932.
18. — DOUAY. — *Gynécologie*, Doin, 1933.
19. — FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie in *Traité Le Dentu et Delbet*.
20. — GODLEWSKI. — Kyste dermoïde, pyométrie et phlegmon du ligament large. *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1929, p. 637.
21. — HUSSENSTEIN (J.) et VIALARD (S.). — Suppuration d'un kyste de l'ovaire après infection pulmonaire. *Gazette médicale de France*, novembre 1931, p. 605.
22. — KUSHNER. — *Medical record*, 18 déc. 1935, p. 538.
23. — LAUBENHEIMER. — Bacilles typhiques dans le pus d'un kyste de l'ovaire. *Beiträge zur Klin. Chir.*, 1911.

24. — LAPORTE, BERNADBEIG, GUIMAZANE. — Kyste dermoïde suppuré à bacille d'Eberth. *Soc. médic. des Hôpitaux de Paris*, octobre 1929, p. 1.176.
25. — LEWIS et LE CONTE. — Infection d'un kyste de l'ovaire pendant la fièvre typhoïde. *American jour. Med. Sc.*, 1902, p. 590.
26. — LURIJE. — Kyste dermoïde suppuré ouvert à la paroi abdominale. *Medicina Kaunas* (Lituanie), sept. 1933, p. 540.
27. — MASLENIKOFF. — Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire. *Thèse*, Montpellier, 1930.
28. — MÉRIEL et PAUX. — Appendice incorporé à la paroi d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche suppuré et tordu dans la fosse iliaque droite. *Soc. Obst. et Gyn. de Toulouse*, in *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1919.
29. — MÉNÉGAUX. — In *Diagnostic chirurgical* (LENORMANT).
30. — MONOD (R.-C.). — Tactique opératoire des annexes de l'utérus. *Doin*, 1931.
31. — MONTANARI (E.). — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit avec péritonite généralisée. *Arch. ital. di Chir.*, 1927, p. 148.
32. — MOURE (P.) et SÈNEQUE (J.). — La technique opératoire des kystes suppurés de l'ovaire. *Journal médical français*, août 1925.
33. — MOURE (P.) et THOUVENIN. — Rupture spontanée d'un gros kyste suppuré de l'ovaire. *Société anatomique de Paris*, juin 1920.
34. — OETTINGEN (K. Von). — Suppuration typhique des kystes de l'ovaire. *Zentralblatt für Gynäk.*, janvier 1930.
35. — ODOUL (M.). — Les auto-greffes ovariennes par le procédé de Douay. *Thèse*, Paris, 1936.
36. — PETRIDIS. — Ostéite costale et kyste ovarien suppurés chez la même malade. (Suppuration post-typhique). *Soc. Chir.*, 28 déc. 1935, p. 1.464.
37. — PIGOT. — Kystes de l'ovaire suppurés à bacille d'Eberth. *Thèse*, Toulouse, 1929.

38. — POLLOSON. — Kyste suppuré de l'ovaire. Intervention retardée en deux temps. Guérison. *Lyon médical*, 1924, p. 428.
39. — PRICE (J.-W.). — Kyste dermoïde gangrené. *Kentucky M. J.*, août 1928, p. 428.
40. — RAMOND. — Suppuration d'un kyste de l'ovaire au cours de la grippe. *Presse médicale*, 27 juin 1936, p. 1.059.
41. — RICHE, COLL DE CARRERA et FAYOT. — Kyste de l'ovaire suppuré. Difficulté de diagnostic. *Soc. Obst. et Gynéc. de Montpellier*, in *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1931, p. 60.
42. — RICHE et FAYOT. — Kystes suppurés de l'ovaire. *Paris médical*, déc. 1930, p. 545.
43. — RICHE et MOURGUE-MOLINES. — Kyste de l'ovaire suppuré avec état septicémique. Hystérectomie. Guérison. *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, juin 1932.
44. — REEB. — Dystocie provoquée par un kyste intraligamentaire suppuré de l'ovaire. Césarienne, extirpation du kyste et de l'utérus. Guérison. *Soc. Obst. et Gynéc. de Strasbourg*, in *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1921, p. 444.
45. — RICEVUTO (A.). — Kyste de l'ovaire suppuré au cours du deuxième mois de la grossesse. *Riv. d'Ostet. e Ginoc. prat. Palermo*, 1926, p. 309.
46. — SAMPSON (J.-A.). — Kystes des ovaires infectés. *Amer. Jour. of obst. and gyn.*, juillet 1929.
47. — SHOKAERT. — Infection d'un kyste ovarique dans le post-partum. *Soc. belge Obst. et Gynéc.*, in *Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, 1925, p. 214.
48. — SPIREA. — Rupture spontanée d'un kyste dermoïde suppuré dans le vagin. *Arch. de la Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, janvier 1932, p. 28.
49. — TAPIE, MOREL, LYON, BERTRAND. — *Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, 18 oct. 1929, p. 1.184.

50. — THOMAS (G.-J.) et EXLEY (E.-W.). — Kyste dermoïde suppuré ouvert dans la vessie, le colon sigmoïde, un abcès appendiculaire et l'iléon. *Journal of Urology*, mai 1930, p. 587.
51. — TONELLO (G.). — Rupture d'un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit dans la vessie. *Rinascenza medica* (Naples), avril 1932.
52. — TOURNEUX et BAILLAT. — Kyste suppuré de l'ovaire gauche avec nécrose de la paroi antérieure du rectum. *Soc. Obst. et Gynéc. de Toulouse*, in *Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1923, p. 459.
53. — VIANNAY. — Suppuration et rupture d'un kyste tubo-ovarien au 7^e mois de la grossesse. *La Loire médicale*, in *Gynécologie et Obstétrique*, 1934, t. 35, p. 54.

Société Anonyme Blésoise
d'Impressions et
de Publications
6, rue Pardessus - BLOIS



